BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1858-1859.

TOME NEUVIÈME.



PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1859

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

F

G

H

J

L

M

N

O

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance annuelle du 14 juillet 1858.

Présidence de M. Bouvier.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Marjolin, secrétaire général, pour la lecture du compte rendu des travaux pendant l'année :

Messieurs et chers collègues,

Chaque année, lorsque je me mets à repasser scrupuleusement vos travaux pour vous rendre compte de leur ensemble, je suis toujours frappé de cette idée, que si l'art de guérir est de toutes les sciences pratiques la plus difficile, nous ne faisons peut-être pas tout ce qui est en notre pouvoir pour en aplanir les difficultés. Le moyen serait pourtant bien facile, ce serait de s'astreindre à ne publier que des observations complètes. Si, dans un musée, notre attention se porte sur un de ces précieux débris de l'art antique, quelque mutilés que soient ces restes, nous les admirons, et involontairement, au milieu de nos regrets, notre imagination cherchant à reproduire ce chef-d'œuvre dans sa perfection primitive, éprouve après une première sensation pénible, une véritable jouissance. Mais lorsque, contraints de faire des recherches, nous rencontrons une de ces communications tronquées, incomplètes, malheureusement trop communes dans les recueils des sociétés savantes ou les publications périodiques, un mouvement de découragement et d'humeur nous saisit, et nous jetons loin de nous le livre désormais inutile.

Que ces paroles soient un peu sévères, que déjà, en pareille occa-

sion, je vous aie tenu un langage analogue, je n'en disconviens nullement; mais du moment que vous avez pris pour devise, *vérité dans la science*, je vous dois à mon tour de vous parler une dernière fois avec une pleine et entière franchise. Si l'art de guérir est par sa nature même si difficile, pourquoi, de gaieté de cœur, créer encore pour nous et nos survivants de nouveaux obstacles, pourquoi constamment ne pas faire tous nos efforts pour éviter cet écueil en prenant une ferme et utile détermination? Songez que plus vos travaux vous ont mérité rapidement une juste considération, plus vous devez tenir à ne laisser aucune prise à la critique, et à donner à tous un salutaire exemple. Ceci bien établi, j'arrive à l'examen de vos travaux.

De la compression digitale et mécanique dans le traitement des anévrysmes. — Il y a quelques années, lorsque Pravaz vous communiquait le résultat de ses belles recherches sur les agents hémostatiques et sur la possibilité de les mettre en usage dans le traitement des anévrysmes, l'étonnement passé, chacun suivit avec le plus grand scrupule les préceptes de notre regrettable collègue, et en peu de temps on arriva sinon à la solution complète de la question, au moins à des données excessivement précieuses; et depuis lors la thérapeutique chirurgicale a été mise en possession de nombreuses méthodes de traitement pour les maladies du système circulatoire. Comment, en si peu d'années, a-t-on pu faire tant de progrès? Disons-le tout de suite, c'est que les observations ont été généralement bien prises; la question étant nouvelle, chacun a voulu y prendre une part active, sérieuse, et sans s'en douter on a fait un pas immense, un pas durable. Cette année encore, un heureux destin semble s'attacher à cette question si difficile des anévrysmes, et bientôt, comme tout semble le présager, ces opérations, souvent si pénibles à pratiquer et si redoutables pour leurs suites, ne seront plus qu'une rare exception.

Certes, si à l'époque où le monde savant était tout entier aux discussions soulevées par les travaux d'Anel, de Hunter ou de Scarpa, on fût venu dire : A quoi bon tant de recherches? un jour viendra où, avec un doigt seul, convenablement appliqué sur une artère, dans l'espace de quelques heures, un anévrysme sera radicalement guéri; ces paroles eussent été regardées comme le défi d'un insensé, et un sourire de commisération eût été la seule réponse. Et pourtant, ces paroles ne sont plus aujourd'hui que l'expression de la vérité. N'avez-vous pas entendu le professeur Vanzetti (de Padoue) vous dire : Quarante-huit heures de compression avec les doigts seuls appliqués sur l'artère fé-

morale, m'ont suffi pour guérir un anévrysme poplité? Et pour être vrai, à mon tour, je dirai que notre curiosité de voir un fait semblable était telle, qu'elle semblait légèrement sceptique.

Personne cependant ne doutait de la franchise de notre confrère; mais en présence d'un résultat aussi grand, aussi inespéré, obtenu en si peu de temps par un moyen aussi simple, il était permis d'être réservé et de ne pas se laisser entraîner à trop d'enthousiasme. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas eu à revenir sur ces découvertes si merveilleuses, et d'ailleurs ne pouvait-on pas invoquer une heureuse coïncidence? Mais écoutons ce qui va suivre, et cette fois le doute devient impossible: Une année plus tard, nous dit M. Vanzetti, un nouvel anévrysme poplité se présenta; cette fois j'avais affaire à un malade intelligent, pouvant me rendre compte de toutes ses sensations, et se prêtant volontiers à tout ce qui pouvait assurer le succès. Quel temps fallut-il pour faire cesser les battements? Ce ne fut plus quarante-huit heures, mais cinq heures seulement, et la guérison s'est maintenue.

Je ne veux pas entrer ici dans d'autres détails, ni rechercher si à une autre époque il y avait déjà eu quelque tentative semblable; ce que je tiens à constater surtout, c'est l'influence réelle que cette communication faite au sein de la Société de chirurgie a eue sur le traitement général des anévrysmes: aussi, sans revenir sur d'autres faits très-importants qui vous ont été communiqués depuis par le professeur de Padoue, je ne parlerai que de ceux qui lui sont étrangers. Nous avons vu notre collègue M. Michaux (de Louvain) vous adresser l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, atteint en même temps d'une affection grave du cœur et d'un anévrysme poplité volumineux, guérir en très-peu de temps par la compression digitale: notons que chez ce malade il y avait, outre la maladie du cœur, une autre complication locale des plus fâcheuses; la compression mécanique indirecte ayant déterminé la formation d'une eschare, il fallut y renoncer, et ce fut dans ces conditions si défavorables que la compression digitale intermittente fut mise à l'épreuve. Le second cas, qui appartient encore à la pratique du professeur de Louvain, vient aussi déposer en faveur de la méthode de M. Vanzetti: le malade, qui avait également un anévrysme poplité, entrait dans son service le 15 décembre, et en sortait complétement guéri quatorze jours après. Enfin, chez un vieillard de soixante et onze ans, M. Verneuil a obtenu, en treize heures seulement, la cessation des battements dans un autre anévrysme poplité.

La compression digitale deviendra-t-elle une métbode générale? Je craindrais de lui nuire en faisant trop son éloge; mais on peut, sans se tromper, lui prédire dès aujourd'hui un bien bel avenir. Si elle s'est généralisée aussi promptement, c'est bien moins à cause de sa simplicité, car il lui a encore été fait des objections, mais parce que les observations publiées ont été bien prises; en un mot, parce qu'elles sont si complètes, que ce qui était invraisemblable il y a un an est devenu vrai aujourd'hui. Cette méthode est-elle sans inconvénients? réussit-elle constamment? A vrai dire, elle est encore trop récente pour qu'on puisse résoudre la question d'une manière convenable. On pourrait même dès maintenant citer un cas d'anévrysme poplité dans lequel, la position du genou rendant impossible toute tentative de compression mécanique, après trois jours et trois nuits de compression digitale continuée malgré les souffrances accusées par le patient, les battements cessèrent à la vérité, mais il survint dans la tumeur une inflammation telle qu'il fallut recourir à l'amputation de la cuisse, et le malade mourut. Dans cette circonstance, ne peut-on pas se demander si on n'eût pas évité cette terminaison funeste, si, à l'exemple de M. Michaux, dont le cas était bien autrement défavorable, on se fût contenté de la compression intermittente?

On peut dire également que, grâce à ce même esprit de sévérité avec lequel ont été recueillies les observations de traitement par la compression mécanique, l'histoire de cet autre procédé sur lequel M. Broca nous a fourni de si précieux documents présente moins de ces lacunes si regrettables qui déroutent à chaque instant le praticien; aussi devons-nous espérer que d'ici à peu de temps on connaîtra bien les avantages et les inconvénients de cette méthode, et dans quels cas elle devra encore être préférée à la compression digitale.

Parmi les observations de compression mécanique et de compression digitale qui vous ont été communiquées cette année, je citerai comme doublement intéressante celle de M. Michaux. Il avait mis en usage la compression mécanique intermittente pour un anévrysme de l'artère crurale; la peau s'étant gangrenée, il dut recourir à la compression digitale, et au bout de quarante-huit heures il obtenait une pleine et entière guérison. Dans un autre cas, emprunté également à la pratique de notre honorable collègue de Louvain, nous voyons que dans un anévrysme poplité la compression mécanique ayant échoué, non-seulement il dut recourir à la ligature, opération qui entraîna la gangrène du pied et de la jambe, mais dans cette circonstance le malade ne guérit qu'après l'amputation de la cuisse.

Il faut maintenant dire que si la compression mécanique a plusieurs fois échoué, plusieurs fois aussi elle a donné de magnifiques résultats, témoin les deux beaux faits d'anévrysme poplité que M. Larrey vous a communiqués ; témoin également les deux succès obtenus par MM. Denucé et Triffet.

Présentée ainsi, la science doit marcher rapidement, le parallèle des méthodes s'établit de suite, et eût-on des préventions contre tel ou tel procédé, on est bien obligé de se rendre à l'évidence des faits et de rendre à chacun ce qui lui est dû.

La difficulté de suivre à de longs intervalles certains malades étant un des plus grands obstacles à la connaissance de la vérité, la Société ne saurait trop encourager les communications qui, en rappelant à notre souvenir de précieuses traditions, complètent en outre des observations en quelque sorte perdues. Aussi avez-vous écouté avec beaucoup d'intérêt M. Robert vous rapporter l'histoire d'un malade affecté d'anévrysme cirsoïde de la région temporale, qu'il avait vu en 1819 dans le service de Dupuytren. La ligature de la carotide avait entravé la marche de la tumeur jusqu'en 1848 ; puis, à dater de cette époque, elle avait fait de nouveaux progrès ; des hémorrhagies avaient été à grand'peine arrêtées par le perchlorure de fer, et, l'état du malade s'aggravant, il avait fallu prendre une prompte détermination.

Fallait-il revenir à la ligature du côté opposé, ou employer de préférence les hémostatiques, et entre autres le chlorure de zinc, qui avait si bien réussi à un de nos collègues, M. Bonnet (de Lyon), dans un anévrysme de l'artère sous-clavière ? Les avis étaient très-partagés, et, sans reproduire les détails de cette discussion, je dirai que M. Broca, qui était opposé à la ligature, citait à l'appui de son opinion un cas analogue guéri par une injection de perchlorure de fer. M. Robert préféra la ligature, et si le malade succomba plus tard, ce ne fut pas aux suites de l'opération, qui avait été aussi heureuse que possible, mais à l'épuisement dans lequel l'avaient plongé les hémorrhagies antérieures.

Je ne voudrais pas trop prolonger cette partie de mon compte rendu dans la crainte de dépasser les limites que je me suis imposées, et cependant je ne puis omettre de vous parler de quelques autres communications ayant trait aux lésions artérielles. Ainsi, M. Legouest vous a fait part d'une variété particulière d'anévrysme traumatique, et deux fois il a pu se convaincre par l'opération que la tumeur n'était alimentée que par le bout inférieur. M. Soulé (de Bordeaux) vous a adressé une observation de plaie de l'aisselle ayant nécessité la ligature de la sous-clavière, et M. Fleury (de Clermont) un cas d'anévrysme faux

primitif de l'artère crurale tellement compliqué qu'il dut recourir à l'amputation.

Pour terminer enfin tout ce qui a trait aux affections du système circulatoire, mentionnons deux observations de tumeurs veineuses traumatiques de la voûte du crâne. Ces faits, que nous devons à M. Azam (de Bordeaux), ajoutés à ceux communiqués antérieurement par M. Verneuil, contribueront à compléter l'histoire d'une maladie pour laquelle il faut bien se garder de tenter aucune opération.

Sur quelques affections du tissu osseux, et en particulier sur le mal de Pott. — Lorsque j'eus terminé le paragraphe précédent, j'éprouvai une sorte de soulagement, et en même temps un peu d'amour-propre professionnel : Allons ! me dis-je, voilà un ennemi de moins ; désormais, qu'un anévrysme se présente, on peut en devenir maître. Mais en abordant cette terrible phalange des affections du système osseux, je sentis que cette fois la lutte n'était plus à notre avantage. En vain je cherchai dans tous les moyens qui vous ont été présentés celui qui offrait le plus de chances ; à chaque examen, mes doutes augmentaient, et je me disais en moi-même : Quel service la Société de chirurgie rendrait, si elle pouvait, à force de recherches et de persévérance, fixer la science sur ce point ! Si jamais il est indispensable d'avoir de bonnes observations, n'est-ce pas dans cette circonstance? C'est le mémoire de M. Gillebert Dhercourt sur l'immobilité prolongée et le redressement gradué de l'incurvation vertébrale, dans le traitement du mal de Pott, qui a soulevé la discussion, et bien que dans ce mémoire il ne fût nullement question de l'anatomie pathologique, involontairement la discussion s'est agrandie, et on peut dire que tout ce qui avait trait à cette maladie a passé sous vos yeux.

La méthode de M. Gillebert Dhercourt, exposée par M. Gosselin, n'est pas nouvelle ; seulement, comme elle venait se mettre en opposition flagrante avec une méthode tout opposée conseillée par des hommes d'un grand mérite, elle devait nécessairement soulever de nombreuses et graves objections ; et, comme l'a observé M. Bouvier, les deux faits rapportés en sa faveur ont encore besoin de la sanction du temps : ils sont de date trop récente pour être considérés comme des cures radicales. Et lorsque, venant à son tour vous faire part de sa longue pratique, notre digne président vous a dit qu'une seule fois il avait réussi, nous avons été péniblement impressionné, car c'était une preuve de plus que cette affection si désolante se jouait de tous nos moyens. On a réussi avec tout ce qui a été employé ; la nature seule, abandonnée à

elle-même, a guéri sans nous dévoiler son secret, et au lieu d'avouer dans beaucoup de cas notre impuissance, nous sommes restés avec des prétentions exagérées, qui chaque jour échouent devant le mal. Oui, je le répète, ce serait une tâche digne de la Société de chirurgie, de chercher à établir sur des bases solides, par des faits bien observés, la somme des succès ou des insuccès que chaque méthode a le droit d'invoquer; et si elle peut un jour résoudre cette grande question, elle aura fait un pas immense, car elle aura dit le dernier mot sur tous ces traitements auxquels sont voués depuis des siècles les malheureux atteints d'affections du tissu osseux. L'anatomie pathologique, bien envisagée, peut être d'un grand secours dans cette circonstance; aussi avez-vous écouté avec un vif intérêt le débat élevé entre MM. Broca et Bouvier sur ce sujet, si important au point de vue du pronostic.

J'ajouterai enfin qu'après avoir entendu M. Boinet nous communiquer les heureux résultats qu'il a obtenus dans quelques cas d'abcès par congestion à l'aide des injections iodées, et avoir rendu pleine et entière justice à ses efforts persévérants, on a pu, malgré cette importante découverte des temps modernes, poser cette triste conclusion : c'est que, dans l'état actuel de la science, nous sommes encore très-souvent impuissants, et qu'il nous reste à établir quel est le meilleur mode de traitement pour chacune des phases de cette affection.

Vis-à-vis des affections articulaires, des tumeurs blanches, nous sommes peut-être moins malheureux, parce que, dès son origine, on peut reconnaître le mal, le combattre, et que l'on peut se rendre mieux compte de l'effet du traitement, parce que, dans bon nombre de circonstances, on peut, sans nuire à l'état local, trouver dans les moyens généraux de précieuses ressources. Mais combien encore il reste à faire! C'est à cette question que se rattache naturellement celle du redressement dans le traitement des arthrites douloureuses, sur laquelle votre attention s'était déjà portée, et il faudra aussi bien des faits pour faire admettre en principe l'efficacité et l'innocuité de ce moyen.

Des affections cancéreuses. — J'aurais bien désiré ne pas vous parler des affections cancéreuses, car la question reste toujours si peu avancée, qu'on se borne de toutes parts à énumérer les tentatives infructueuses de cure radicale; cependant, comme cette année la question de l'emploi des caustiques dans le traitement de cette affection s'est représentée de nouveau, il serait bien important aussi d'établir par des observations bien prises quelle est la valeur réelle de cette méthode. A-t-on, par ce moyen, plus de chances que par tout autre de

prévenir la récidive, ou n'est-ce, au contraire, qu'un moyen de pénétrer là où l'instrument tranchant s'arrête? Pour ce qui est des prétentions d'une cure radicale et de l'innocuité du moyen, je crois qu'aujourd'hui nous savons tous à quoi nous en tenir; mais pour ce qui est de l'éloignement de la récidive, la question est-elle aussi tranchée? Y a-t-il avantage, dans des circonstances données, à employer de préférence telle ou telle substance? Les débats soulevés par les communications de M. Maisonneuve ont prouvé qu'il était indispensable de fixer l'état de la science sur ce sujet, et nous avons une fois de plus, malheureusement, constaté que si dans quelques cas trop rares la maladie ne s'était pas reproduite, dans la plus grande majorité des cas la récidive était la règle; et cette triste loi n'a été que trop confirmée par les documents adressés par M. le professeur Heyfelder.

Sur les amputations anciennes de Chopart et sur quelques points de médecine opératoire. — Dans le commencement de ce compte rendu, je vous disais qu'il était indispensable, pour la solution de certaines questions en litige, de suivre les malades, afin de pouvoir bien juger soit de la durée de la guérison, soit de certaines modifications survenues depuis le moment de l'opération. Comme exemple, je citerai l'amputation de Chopart, procédé qui, au dire de quelques personnes, entraîne presque toujours l'élévation du calcanéum à un tel point, qu'on est obligé plus tard de pratiquer la section du tendon d'Achille. M. Verneuil, qui a soutenu cette opinion avec quelques membres de la Société, vous a fait voir un malade opéré depuis douze ans par Blandin, et qui ne présentait aucunement cette difformité. M. Broca vous a présenté un autre malade ayant subi cette double amputation il y a quarante ans, et ayant depuis exercé longtemps la profession de tailleur, et qui malgré cela marche en appuyant très-bien le talon par terre. Comme vous le voyez, si chacun de nous veut se prêter à ces recherches, on saura bientôt dans quelles conditions le calcanéum se trouve nécessairement relevé.

Quant à la question de l'amputation sus et sous-malléolaire, si souvent remise à l'ordre du jour, la Société ne cesse de recueillir de précieux documents; ainsi, cette année, nous devons à l'obligeance de M. Fabrizi, de Modène, une série de moules provenant des hôpitaux de Londres. Cette suite d'empreintes, réunie à celle que M. Laborie vous a présentée, sera très-utile pour résoudre ce problème si important, et la nature même des points en litige dont M. Michon vous entretenait tout récemment, fait espérer que d'ici à peu la lumière sur ce sujet sera complète.

De la gangrène de l'extrémité des membres. — Par suite de ce qui précède, je suis amené presque forcément à vous parler de quelques malades ayant eu les extrémités inférieures gangrenées. Dans un des cas qui vous fut présenté par M. Larrey, la gangrène était le résultat d'applications tellement irritantes faites sur les jambes d'un jeune nègre, que les deux pieds se détachèrent spontanément, et lorsque le malade dut subir l'amputation, il y avait six mois qu'il était en proie à de cruelles souffrances.

Dans un second cas, également présenté par M. Larrey au nom de M. Larbès, après la gangrène sèche, il y eut une élimination naturelle de la portion sphacélée, et la cicatrisation du moignon se fit de la manière la plus régulière. M. Chassaignac a soumis à votre examen un malade chez lequel M. Gerdy avait dû pratiquer une amputation plus ou moins considérable sur les quatre membres, suivant toute probabilité à la suite d'une congélation. C'est à ce propos qu'a été posée cette question : Faut-il, dans ces cas, devancer par l'amputation l'élimination des parties mortifiées? MM. Legouest et Guersant y ont répondu par l'affirmative.

Des cicatrices vicieuses. — Dans ces comptes rendus annuels, vous devez facilement comprendre qu'il est de toute impossibilité même d'énumérer les diverses présentations qui ont été faites, et si je mentionne ici les travaux de MM. Decès et Verneuil sur les cicatrices vicieuses et l'opération de M. Deguise pour un cas de syndactylie congéniale, c'est que ces recherches font suite à d'autres qui, à diverses reprises, ont occupé la Société.

Des hernies et de l'anus contre nature. — Maintenant, avant de vous entretenir d'affections qui par leur siége peuvent se grouper assez facilement, permettez-moi de vous dire quelques mots sur certaines présentations de hernies fort curieuses. Dans l'une de ces observations communiquées par M. Richet, la hernie crurale avait un sac à deux collets superposés; le collet inférieur ayant seul été débridé, l'étranglement persista et devint mortel. Dans un second cas, dû à M. Huguier, il s'agissait d'une entéro-épiplocèle inguinale étranglée, dans laquelle l'S iliaque et le côlon transversal étaient disposés de telle sorte autour du collet, qu'inévitablement le gros intestin eût été lésé si le débridement eût porté soit en avant, soit en arrière.

M. Gosselin vous a également donné lecture d'une observation de hernie péri-ombilicale très-volumineuse, dans laquelle, rencontrant deux anses intestinales étranglées, il dut en retrancher 63 centimètres

de longueur, puis procéder à la réunion des deux bouts à l'aide de la suture à points passés.

Comme complément à l'histoire des hernies, je n'oublierai pas de vous parler d'un anus contre nature consécutif à une hernie crurale gangrenée. Dans cette circonstance, l'entérotome fut appliqué trois mois après à deux reprises différentes, de manière à n'avoir aucune saillie de l'éperon; la maladie fut ensuite abandonnée à elle-même pendant quatre mois; puis, comme il existait une fistule, M. Piachaud aviva tout le pourtour et pratiqua la suture enchevillée. Cette fois encore notre confrère de Genève fut obligé de recourir à une seconde opération. Mais aussi sa persévérance fut récompensée par un plein succès, et le malade, revu au bout d'un an, n'avait éprouvé aucun de ces accidents consécutifs à un rétrécissement intestinal. Dans un autre fait d'anus contre nature, situé dans la fosse iliaque droite, deux fois l'opération fut tentée, une première fois par M. Chassaignac, une seconde fois par M. Reybard, sans pouvoir arriver à le fermer.

Sur quelques affections des organes génito-urinaires chez l'homme. — Il m'eût été littéralement impossible, surtout aujourd'hui, en vous rendant compte de vos travaux, de m'astreindre à un ordre classique. J'ai dû choisir les questions suivant leur importance, et lorsque j'ai pu grouper celles qui appartenaient à un organe, je me suis empressé de le faire.

Ainsi, pour ce qui est des organes génito-urinaires chez l'homme, rarement en une seule année vous aurez vu autant de vices de conformation de l'urèthre et de la vessie. MM. Bialet, Danyau, Vedrenne et Lhoste vous ont présenté les cas d'exstrophie de la vessie les plus curieux. De plus, M. Verneuil vous a fait voir un cas d'hypospadias avec torsion congénitale du pénis. L'histoire des plaies et des fistules de l'urèthre s'est complétée de plusieurs faits des plus curieux. Dans l'un, appartenant à M. Arlaud, de Rochefort, la fistule urinaire était accompagnée de rétrécissement de l'urèthre, et elle fut guérie par l'uréthrotomie et l'autoplastie; dans un autre cas, communiqué par M. Demarquay, où il y avait déchirure complète de l'urèthre avec écartement des deux bouts, à l'occasion de la méthode opératoire que notre collègue mit en usage pour retrouver le bout postérieur, MM. Richet et Verneuil ont insisté sur la préférence qu'ils donnent à l'incision sur la ligne médiane. Faut-il maintenant attendre, faut-il procéder de suite à l'uréthrotomie dans les cas de fistules urinaires? Cette question, soulevée dans cette circonstance, ne pourra jamais être ré-

solue d'une manière définitive, car ce sont les indications qui doivent guider le chirurgien dans sa détermination.

Dans un autre cas de rupture du canal de l'urèthre, M. Voillemier ponctionna la vessie; puis, introduisant une sonde par la fistule hypogastrique, il a montré de nouveau que l'on pouvait se servir avantageusement de ce procédé pour rechercher l'orifice postérieur du canal. De plus, après la guérison du malade, il a constaté que par suite des adhérences de la vessie à la paroi antérieure de l'abdomen, elle ne pouvait plus très-bien revenir sur elle-même ni se vider entièrement. Enfin, comme dernière communication sur les affections des organes génito-urinaires, il reste à vous rappeler un mémoire de notre collègue M. Fleury (de Clermont) sur les avantages de la ponction de la vessie dans la rétention d'urine.

Des affections des organes génito-urinaires chez la femme. — Sans parler de plusieurs cas de phlegmons péri-utérins, question dont la Société s'est déjà occupée, et d'un polype fibreux pour l'abaissement duquel M. Chassaignac dut employer le forceps afin de pouvoir faire glisser la chaîne de l'écraseur, il y a, pour ce qui regarde les affections des organes génito-urinaires de la femme, deux faits qui méritent surtout d'être rappelés.

Dans le premier cas, il s'agit d'une occlusion congéniale de la partie supérieure du vagin chez une jeune fille de dix-huit ans; ce diaphragme étant assez résistant pour n'avoir pas été rompu par l'accumulation du sang menstruel qui formait dans le ventre une tumeur de la grosseur de la tête d'un adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, M. Piachaud pratiqua une ponction et un débridement latéral, et tous les accidents cessèrent.

Dans le second fait, communiqué par M. Huguier, vous avez pu voir combien parfois le diagnostic d'une tumeur de l'utérus pouvait présenter de difficultés, surtout à l'époque de la grossesse, par suite de l'influence que ce nouvel état exerce sur la vascularisation de la tumeur. Cette influence est tellement marquée qu'elle donne lieu à une véritable fluctuation, et que les hommes les plus habiles, se méprenant sur la nature de l'affection, se comportent comme s'il s'agissait d'un kyste. C'est à la suite de cette présentation que vous avez entendu M. Cazeaux énoncer cette proposition bien importante pour le pronostic, c'est que ces mêmes tumeurs qui subissent un accroissement si marqué pendant la grossesse, peuvent diminuer ensuite et même disparaître complétement.

En commençant ce travail, mon but était de démontrer principalement que, si parfois on pouvait reprocher à vos procès-verbaux quelques rares observations incomplètes, vos travaux avaient porté cette année encore sur un vaste ensemble de questions pratiques, et que sur plusieurs points importants, grâce à votre persévérance et à votre zèle, il y avait eu des progrès réels; puis insensiblement, et contre mon gré, je me suis laissé aller à vous parler de quelques questions de détail qui avaient soulevé de sérieuses discussions; et maintenant, puisque je suis entré dans cette voie, permettez-moi de vous rappeler le travail de M. Blot sur la désarticulation du bras lorsque la version est impossible; les cas de fracture du crâne dans l'accouchement rapportés par MM. Danyau et Voillemier, et cette fois les pièces ont démontré qu'il ne pouvait pas y avoir de doutes sur la nature de la lésion.

Comme complément précieux à des travaux précédents, je devrais vous parler de nombreuses présentations de fractures en coin et de fractures inter-condyliennes, et à ce propos insister sur l'influence remarquée par M. Larrey de la paralysie des membres inférieurs sur la prédisposition aux fractures du corps du fémur, prédisposition qui n'a jamais été constatée par M. Deguise chez les aliénés atteints de paralysies générales progressives. Il y aurait encore à faire un long chapitre sur les faits si curieux d'éléphantiasis et d'enchondrome des doigts observés par MM. Voillemier, Guersant, Larrey, faits qui, s'ajoutant à ceux que possède déjà la Société, peuvent fournir d'utiles renseignements pour l'histoire de cette maladie.

Cela terminé, aurai-je épuisé toute la série de vos travaux? Non certes; les communications de M. Goyrand sur les tumeurs adénoïdes du sein, plusieurs faits de luxations du coude réduites au bout d'un temps considérable, des recherches faites par M. Morel-Lavallée sur plusieurs cas de lipome d'un diagnostic difficile, et tant d'autres que je ne puis citer, prouveraient que vos séances ont été cette année encore bien employées, et que, si une ou deux fois vous vous êtes permis un peu de repos, c'était pour entendre une communication anatomo-physiologique des plus intéressantes faite par M. Martins (de Montpellier) sur le parallèle des membres supérieurs et des membres inférieurs, et sur l'analogie qui existe également dans les parties molles lorsque l'on fait subir au fémur un certain degré de torsion autour de son axe; et une autre communication de M. Giraldès sur l'origine du plus grand nombre des kystes du cordon spermatique. En un mot, il y aurait encore, si je ne craignais de fatiguer votre attention, assez de communications non citées pour faire un compte rendu suffisamment riche. Mais

est-ce par le nombre des communications qu'il faut chercher à briller ? Non; vos travaux ne rouleraient pendant tout le cours d'une année que sur un très-petit nombre de questions; du moment qu'elles ont été bien étudiées, vous pouvez être certains qu'il y a toujours un pas de fait en avant; mais pour faire ce pas, pour qu'il reste acquis à jamais, plus de communications incomplètes.

Caton l'Ancien terminait ses harangues par ces mots : *Delenda Carthago*. A mon tour, je terminerai en vous disant : Désormais plus d'observations incomplètes, et en servant la science vous aurez bien mérité de l'humanité.

La lecture du compte rendu terminée, M. le président annonce que le prix Duval a été remporté cette année par M. A. Decès, dont la thèse avait pour sujet : *Les anévrysmes cirsoïdes*.

Une mention honorable a été accordée à M. Pillon fils, pour sa thèse sur les *Exanthèmes syphilitiques*.

La séance est levée.

Séance du 21 juillet 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Symblépharon et blépharoplastie. — M. LEGOUEST présente à la Société un militaire auquel il a pratiqué une blépharoplastie pour détruire un symblépharon partiel et placer un œil artificiel. Cet homme lui a été adressé par M. Houzelot, de Meaux.

Le procédé suivi a consisté à plonger un bistouri d'avant en arrière dans l'épaisseur de la cicatrice qui fut parcourue par l'instrument dans toute sa profondeur au-dessous de la paupière supérieure, et à tailler deux lambeaux, l'un externe, l'autre interne, constitués tous deux par moitié de l'épaisseur de la bride cicatricielle et par une portion de la conjonctive empruntée au moignon de l'œil.

Les deux lambeaux, appendus verticalement à la face postérieure de la paupière, furent relevés l'un vers l'autre, appliqués par leur surface saignante sur la paroi interne du voile palpébral, dans l'espace nouvellement formé par la restitution de son extensibilité, et maintenus en place au moyen de bourdonnets de charpie introduits dans la cavité orbitaire, en assez grande quantité pour faire bomber la paupière.

L'indocilité du malade ne permit pas, comme l'opérateur se le proposait, de réunir par la suture les bords de la perte de substance de la conjonctive oculaire qui avait fourni une partie des lambeaux ; néanmoins, un mois après l'opération, la cavité conjonctivale restaurée put recevoir un œil artificiel et le contenir sans douleur, sans gêne et avec solidité ; cet œil, aujourd'hui, trois mois après l'opération, est devenu trop petit, et sera remplacé par un autre plus gros et plus en rapport avec la laxité des paupières.

M. VERNEUIL regarde le procédé employé par M. Legouest comme participant des caractères de deux méthodes générales :

1° Celle dans laquelle on utilise la bride cicatricielle elle-même, au lieu de la diviser simplement en travers comme dans les méthodes anciennes. C'est l'idée que notre collègue M. Decès (de Reims) a beaucoup préconisée, et qu'il a mise en usage avec succès ;

2° Celle qui consiste dans l'emprunt de lambeaux pris sur la conjonctive saine. — C'est la combinaison ingénieuse de ces deux modes opératoires qui donne une valeur spéciale à l'opération de M. Legouest.

M. HUGUIER remarque que l'œil adapté se meut comme l'autre ; il propose d'augmenter son volume à mesure que la cicatrice deviendra moins sensible.

Absence ou bifidité du sternum. — M. MARJOLIN présente un enfant âgé de dix jours (E. Michel, rue Basfroid, n° 14), présentant un vice de conformation assez rare ; il y a ou absence du sternum ou bifidité du sternum ; la mère a eu huit enfants, tous bien conformés.

Lorsque l'on examine ce petit enfant, on est frappé de la conformation vicieuse de la poitrine : au niveau de la région sternale il existe un vide comblé par la peau seule, présentant une ulcération superficielle analogue à celle qui pourrait résulter d'un abcès froid. La hauteur de cette ulcération, située au niveau de la partie moyenne de la poitrine, est de 4 centimètres de hauteur sur 1 et demi de largeur. Sur ses bords, la peau est amincie et violacée. De l'extrémité inférieure de cette ulcération part une sorte de raphé étroit, saillant, qui rejoint l'ombilic non encore cicatrisé. Ce raphé, qui est un peu violet, semblerait être la trace d'une réunion opérée pendant la vie intra-utérine. L'anneau ombilical est plus large que dans l'état normal ; aucune trace de hernie, aucun écartement sur la ligne blanche au niveau du raphé.

Lorsque l'on mesure le tronc de ce petit enfant, on trouve, des extrémités claviculaires au pubis, 17 centimètres. Entre les deux extrémités claviculaires internes, il y a cinq centimètres d'écartement ;

c'est là où l'écartement est le plus sensible. Il simule un V dont l'ouverture serait tournée en haut. Au niveau de la fourchette sternale, l'écartement n'a qu'un centimètre. Du reste, cet intervalle varie suivant les mouvements d'ampliation de la poitrine; ces mesures, assez difficiles à préciser, ont été prises dans leur maximum. La distance entre les deux seins est de dix centimètres. On sent très-bien les deux extrémités internes des clavicules, qui se continuent avec une ligne non interrompue réunissant les côtes, ligne probablement cartilagineuse, et qui peut, de chaque côté, être une trace de sternum bifide. Le cœur occupe toute la partie supérieure de l'écartement ; on sent très-bien ses battements; pendant l'inspiration les clavicules sont fortement élevées, et la peau forme en arrière une sorte d'enfoncement.

M. CHASSAIGNAC compare l'état de l'enfant qui vient d'être présenté à la dépression qu'on observe au niveau du sternum chez les enfants qui viennent au monde à six mois; il pense que, dans l'un et dans l'autre cas, l'ossification du sternum ne s'est pas faite.

M. BROCA. Le sternum ne manque pas chez l'enfant présenté à la Société; il est seulement divisé par défaut d'ossification. Les deux moitiés de la division sont peu développées, ce qui peut en imposer pour l'absence du sternum. C'est toujours ainsi que cela se produit, et cette bifurcation est un acheminement vers l'ectopie du cœur.

M. MARJOLIN attire l'attention de la Société sur une cicatrice qui va de la plaie jusqu'à l'ombilic; il la regarde comme une réunion qui s'est opérée dans le sein de la mère.

Renouvellement du bureau. — M. BOUVIER, président sortant, adresse le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

L'usage veut qu'au moment de quitter le fauteuil, je vous adresse encore de cette place des paroles d'adieu. Quel que soit le mérite de cette coutume, j'y trouve du moins l'heureuse occasion de vous exprimer une fois de plus les sentiments dont je suis pénétré. Après m'avoir fait l'honneur insigne, à moi nouveau venu parmi vous, de m'élever à la présidence, vous avez bien voulu seconder mes efforts, vous avez prêté à mon inexpérience un constant et favorable appui. Je vous dis de nouveau : Merci.

L'année que nous venons de passer ensemble n'a rien à envier à celles qui l'ont devancée. La Société de chirurgie a persévéré dans cette voie d'investigation et d'appréciation qui lui a valu le rang qu'elle

occupe parmi les institutions médicales de l'époque. Le savant compte rendu de notre honorable secrétaire général vous en a fourni la preuve. Les travaux du dehors ont continué d'affluer, à tel point que le zèle et l'activité des commissions y suffisent à peine. Un relevé de notre infatigable secrétaire général vous a rappelé les rapports arriérés, et a fait connaître à chacun de nous la part qui lui incombe dans cette dette du passé. L'année écoulée n'a pas réduit cet arriéré. Huit membres seulement, MM. Danyau, Desormeaux, Follin, Giraldès, Gosselin, Laborie, Morel-Lavallée, Verneuil, ont rendu compte de travaux renvoyés à leur examen. Je ne doute pas que leurs vingt-cinq collègues attardés n'attendent impatiemment leur tour de lecture. N'y aurait-il pas une mesure à prendre pour leur donner satisfaction, pour leur assurer une place dans l'ordre du jour de chaque séance? Ne pourrait-on, par exemple, après avoir fixé le jour de chacun, arrêter qu'à une heure dite la parole sera donnée, toute autre affaire cessante, aux rapporteurs inscrits? Les discussions provoquées par les présentations de malades, celles qui naissent à l'occasion du procès-verbal, ont un intérêt que je suis loin de méconnaître; mais n'est-il pas à craindre qu'en leur laissant prendre trop de développement, on ne finisse par absorber un temps nécessaire pour d'autres travaux, et par décourager ceux de nos collègues qui sont le plus disposés à consacrer leurs veilles à leurs devoirs de membres de la Société?

Le personnel de la Société de chirurgie n'a pas varié cette année quant aux membres titulaires. Je crois rendre la pensée de tous en exprimant le vœu que la commission des élections, composée de MM. Danyau, Michon et Monod, soit promptement en mesure de nous présenter le travail qui doit amener la nomination de deux nouveaux membres.

Parmi les membres honoraires, nous avons perdu M. Phil. Boyer, ce digne fils de l'homme dont la parole et les écrits ont formé la plupart des chirurgiens français de ce siècle.

Nous avons acquis MM. Velpeau et Bégin, successeurs immédiats de ce premier maître, placés à leur tour à la tête de la chirurgie civile et de la chirurgie militaire de notre temps.

Un de nos correspondants nationaux, M. le docteur Chapel (de Saint-Malo), nous a été enlevé à un âge qui nous promettait encore un long et utile concours.

Parmi les correspondants étrangers, nous avons à regretter MM. Benjamin Travers, Georges Balingall, Philippe Crampton, dont la Société de chirurgie avait toutes les sympathies.

Un seul membre correspondant, M. Arlaud (de Brest), a été élu cette année. De nombreuses candidatures n'attendent que le fonctionnement du nouveau mode d'élection récemment adopté.

Vous le voyez, Messieurs, l'année qui commence reçoit de celle qui finit plus d'une sorte de legs. Si elle lui est redevable de quelque éclat, elle hérite aussi de tout ce que son aînée n'a pu accomplir. La capacité éprouvée, l'activité juvénile des nouveaux membres du bureau honorés de votre choix, ne failliront pas à la tâche que nous avons été contraints de leur laisser.

J'invite ces honorables collègues à vouloir bien prendre place au bureau.

— M. DEGUISE fils fait une allocution dans laquelle il remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Il félicite M. Marjolin de s'être désisté d'une candidature qui eût été contraire aux traditions de la Société.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine :

1° *Appareils modelés du nouveau système de ligature pour les fractures des membres*, par M. Z. Merchie, médecin principal de l'hôpital militaire de Gand. Gand, 1858, in-8° ;

2° *Documents sur la chirurgie de la guerre de Crimée, avec des remarques sur le traitement des blessures par armes à feu*, par M. George Mac Leod, ex-chirurgien de l'hôpital général du camp devant Sébastopol, professeur de chirurgie militaire à l'hôpital de Glascow. Cet ouvrage, présenté par M. Larrey au nom de l'auteur, est accompagné d'une lettre de candidature pour le titre de membre correspondant étranger.

— M. Lizé, du Mans, sollicite le titre de membre correspondant national, et envoie à l'appui de sa candidature dix observations ou mémoires manuscrits. Une commission, composée de MM. Gosselin et Houel, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Lizé.

— M. Heyfelder père, membre correspondant de la Société de chirurgie à Saint-Pétersbourg, adresse la lettre suivante sur la question de la désarticulation de la mâchoire, qui a été discutée dernièrement dans la Société.

« J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt la discussion sur cette opération, qui occupa la Société de chirurgie pendant plusieurs séances. Comme j'ai pratiqué la désarticulation de la mâchoire en Allemagne, en Finlande et ici, à peu près aussi fréquemment que M. Maisonneuve, je de-

mande la permission de communiquer à la Société les résultats de mes observations.

» Il y a ici deux questions à résoudre, savoir :

» 1° Est-il préférable d'exécuter l'opération en coupant avec le bistouri (et des ciseaux) toutes les insertions musculaires et toutes les parties molles qui s'attachent à l'os maxillaire inférieur, ou de détruire toutes les attaches par une manœuvre composée de tractions et de torsions, ce qu'on avait nommé procédé d'arrachement ?

» 2° Réussit-on toujours et sans grande difficulté à détacher le muscle temporal de l'apophyse coronoïde, ou faut-il quelquefois couper cette apophyse à sa base, à l'aide de la pince coupante de Liston, et l'écarter après en la fixant avec une pince à crochets, et en se servant des ciseaux de Cooper ?

» Je crois que tous les chirurgiens tombent d'accord avec moi, lorsque je dis que le détachement du tendon du muscle temporal de l'apophyse coronoïde est le seul acte qui, quelquefois, présente des difficultés. M. Chassaignac a prouvé devant la Société, que la longueur de cette apophyse n'est pas toujours la même, et qu'elle diffère assez souvent de la mesure ordinaire. Eh bien, j'ai observé la même chose, mais principalement ici, à Saint-Pétersbourg, soit que j'exécutasse l'opération sur des vivants ou sur des cadavres, dans les cours de médecine opératoire.

» Dans la plupart des cas, je réussis à détacher le tendon du muscle temporal de l'apophyse coronoïde avec le bistouri ou avec les ciseaux de Cooper, en baissant la mâchoire avec les doigts de la main gauche; mais deux ou trois fois cela ne suffit pas, et je fus obligé de couper la base de l'apophyse avec la pince coupante, ce qui ne se fait pas toujours très-facilement lorsque l'os est ici très-dur. Cependant, j'avoue que je ne connais aucun autre instrument préférable, sous ce rapport, à la pince de Liston. Une fois, M. Ried, professeur de la clinique chirurgicale d'Iéna, fut présent quand je me servis de la pince coupante, et il m'avoua avoir regardé d'abord ce procédé comme superflu, tandis que ce cas lui prouvait le contraire. Ainsi, je suis d'avis qu'il faut toujours écarter aussi l'apophyse coupée, ce qui se fait mieux en la fixant avec une bonne pince à crochets, et en se servant des ciseaux de Cooper.

» Le détachement du condyle des parties molles, au contraire, ne présente pas du tout les mêmes difficultés. Ici, on peut couper avec le bistouri et les ciseaux toutes les insertions musculaires, et ouvrir le ligament capsulaire de l'apophyse condyloïde, après quoi une légère

traction suffit ordinairement pour en faire la séparation complète, procédé que l'on ne pourrait pas nommer procédé d'arrachement.

» Il m'est arrivé plus d'une fois que l'os à écarter se fracturât pendant que je détachais les parties molles. Cependant je ne trouvai pas que cet accident augmentât trop les difficultés pour achever l'opération Dans deux cas où je fis l'ablation complète de la mâchoire, l'os se cassa immédiatement aux deux condyles ; cependant je réussis à les écarter sans trop de difficultés.

» Le procédé d'arrachement ainsi pratiqué ne produit pas la gangrène de la plaie, accident que je n'ai observé qu'une seule fois, mais à une époque où toutes les plaies se sphacélèrent plus ou moins facilement. On a aussi parlé des hémorrhagies consécutives au procédé d'arrachement. Ces hémorrhagies paraissent plutôt naître lorsqu'une petite artère est blessée très-près de leur origine, de la carotide, et que la ligature mise s'est détachée quand l'opéré mâche du pain ou de la viande, déjà dans les premiers jours. De cette manière, j'ai vu mourir un malade trois jours après l'opération, le médecin de jour ayant négligé de mettre une ligature sur la carotide, ou d'en faire une compression convenable, ce que j'eusse fait si on m'eût instruit de suite de cet accident. »

— A l'occasion de la correspondance, M. Broca fait part d'une réclamation qui lui a été adressée par M. le docteur Liégard père, de Caen, à propos de la dernière discussion sur l'amputation du col utérin Il y a longtemps déjà que M. Liégard a fait construire un instrument spécial pour pratiquer cette opération sans abaisser préalablement le col. C'est une petite faucille demi-circulaire, fixée sur un long manche qui lui est perpendiculaire, et désignée par l'auteur sous le nom de *métrastome*. Cet instrument, présenté en 1827 à la Société de médecine de Caen et à l'Académie de médecine, a été décrit par l'auteur dans ses *Mélanges de médecine et de chirurgie pratiques*, Caen, 1837, in-8°, p. 161-167. M. Liégard rappelle que, dans cette publication, il a signalé le danger de l'abaissement forcé de l'utérus.

M. Robert adresse à la Société un rapport sur un travail de M. Bauchet, candidat à l'une des deux places de membre titulaire. A la veille de partir, il n'a pas voulu retarder les travaux de la Société, il demande donc que son rapport soit lu en son absence. M. Broca en donne lecture.

Messieurs,

M. le docteur Bauchet vous a adressé, à l'appui de sa candidature à la Société de chirurgie, un mémoire sur l'*Hypertrophie parotidienne*.

Il y a quelques années seulement, cette maladie était encore inconnue ; on la confondait avec les différentes affections que peut présenter cette glande, sous le nom de squirrhes de la parotide, et la plupart des chirurgiens, sans trop s'en rendre compte, divisaient ces tumeurs en squirrhes bénins et squirrhes malins.

Vous vous rappelez que le 3 septembre 1851, à l'occasion d'un travail de M. Gensoul, qui annonçait la guérison d'une tumeur parotidienne datant de quinze ans et qui avait été réputée encéphaloïde, M. Maisonneuve répétait cette assertion généralement admise que, « par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation. » Votre rapporteur, qui avait eu déjà à cette époque l'occasion d'observer plusieurs cas d'hypertrophie parotidienne, s'éleva contre cette assertion et démontra que ces prétendus squirrhes bénins de la parotide n'étaient autre chose que des cas d'hypertrophie glandulaire, ce qui explique parfaitement la bénignité de ces tumeurs. L'examen microscopique, fait par MM. Lebert, Robin et Verneuil, a clairement démontré la nature anatomique de ces pièces pathologiques.

Le premier fait d'hypertrophie parotidienne, observé par votre rapporteur, date du 27 décembre 1850. Depuis cette époque, un certain nombre de cas de ce genre ont été recueillis par MM. Velpeau, Chassaignac, Gosselin et votre rapporteur. Enfin, M. Bauchet a eu l'occasion d'enlever une de ces tumeurs hypertrophiques de la parotide en 1854. C'est alors qu'il songea à réunir les observations de ces chirurgiens, et, en y joignant la sienne propre, d'en faire une monographie dont j'ai à vous rendre compte aujourd'hui.

Après avoir exposé d'une manière sommaire l'anatomie normale de la glande parotide et de la région parotidienne, M. Bauchet commence l'étude des différentes variétés que peut présenter l'hypertrophie de la parotide.

1° Relativement à L'ÉTENDUE de l'altération, l'hypertrophie peut être *générale* ou *partielle.*

2° Eu égard au SIÉGE, elle peut être *superficielle*, *interstitielle* ou *profonde*, et dans ces différents cas, elle est tantôt *diffuse*, tantôt au contraire *circonscrite*,

3° La *nature* de l'altération est très-variable : elle est *glandulaire*, *épithéliale*, *fibreuse*, *cartilagineuse*, *graisseuse*, ou enfin constituée par du tissu *fibro-plastique.*

Les *caractères anatomiques* que présente cette hypertrophie se résument de la manière suivante :

1° *Peau* : Elle est saine et libre de toute adhérence, si ce n'est lorsque la tumeur, ayant acquis des proportions énormes, comprime les téguments, qui s'ulcèrent alors ou se gangrènent.

2° *Tissu cellulaire* : Il est intact et s'étale en membrane, de manière à former une enveloppe à la tumeur.

3° *Parties voisines* : Elles sont saines ; les ganglions sont normaux : quelquefois le conduit auditif est comprimé et il y a surdité ; le *nerf facial* peut être placé soit en dedans, soit en dehors de la tumeur ; il est alors isolé, ou bien il est englobé dans la masse hypertrophique, mais il est rarement assez comprimé pour produire une paralysie faciale ; celle-ci existe pourtant à un faible degré dans certains cas (obs. 10) ; la carotide externe est également tantôt isolée, tantôt comprise dans la tumeur.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est variable, tantôt il atteint les dimensions d'une noix, d'une orange, tantôt au contraire il devient énorme. La tumeur enlevée par M. Bauchet pesait 3 kilogr.

Forme. — Bosselée, irrégulièrement arrondie au début, plutôt ovoïde ou piriforme quand la tumeur s'est développée.

Consistance. — Elle est également très-variable : elle peut être tantôt presque fluctuante (*obs. de M. Bauchet*), ou molle, dépressible, élastique (*obs.* 9), ou dure, presque ligneuse (*obs. de M. Gosselin*) ; en un mot la consistance varie avec la nature de l'hypertrophie ; molle et fluctuante quand elle renferme un grand nombre de kystes formés par le développement des culs-de-sac glandulaires, plus ferme au contraire quand c'est l'élément fibreux ou fibro-plastique qui prédomine.

Sous le microscope, ces tumeurs offrent la disposition générale de la glande salivaire : tantôt les acini forment la plus grande partie de la tumeur, tantôt ils y sont en petit nombre, mais ils ne manquent jamais. On y rencontre aussi, en différentes proportions, des cellules épithéliales, du fibro-cartilage (obs. 7, 9, 10) où des lobules graisseux ; dans certains cas (obs. 2), on y trouve une grande quantité de tissus fibro-plastiques formant la presque totalité de la tumeur, ou bien il y est seulement en faible proportion (obs. 1).

Quand ces tumeurs ont atteint un développement considérable, il n'est pas rare d'y trouver des foyers sanguins, des kystes formés par le développement des conduits excréteurs et contenant du pus et des portions sphacélées de tissu hypertrophié. Enfin, comme nous l'avons vu, elles peuvent ulcérer la peau et produire des bourgeons sanieux et saignants, ou bien des eschares, des décollements et des fusées purulentes.

Etiologie. Age. — C'est seulement chez l'adulte de dix-huit à quarante-cinq ans que l'on a rencontré l'hypertrophie parotidienne.

Sexe. — D'après les faits observés, les femmes sembleraient y être beaucoup plus sujettes que les hommes : sur 11 observations il y a *dix* femmes ; mais cette statistique repose sur un trop petit nombre de faits pour qu'on en puisse tirer des conclusions bien certaines.

On regarde comme pouvant donner lieu à l'hypertrophie parotidienne, les phlegmasies du conduit auditif, de l'oreille, la stomatite se propageant au conduit de Sténon, les oreillons. Pour tout dire, en un mot, nous savons fort peu de chose sur l'étiologie de cette maladie.

Symptômes. — Au début, petite tumeur indolente, mobile sous la peau, marchant avec une grande lenteur; cependant, chez les femmes, la menstruation et la grossesse semblent en activer le développement; celui-ci continuant graduellement, la tumeur peut finir par atteindre des proportions énormes (la tumeur enlevée par M. Bauchet pesait trois kilogrammes). Malgré cela, l'état général est bon; la peau qui recouvre la tumeur est saine; les veines sous-cutanées sont parfois dilatées. Dans certains cas, la tête est entraînée par le poids de la tumeur, et la colonne cervicale est courbée du côté de la tumeur. Il n'y a pas de douleur, même à la pression, quel que soit le degré de développement de la maladie. Enfin il peut y avoir des ulcérations de la peau, des eschares et des bourgeons saignants, comme M. Velpeau l'a observé dans les cas de tumeurs adénoïdes du sein.

Complications. — On observe quelquefois de la surdité par suite de la compression du conduit auditif, un peu d'hémiplégie faciale, de la gêne dans la mastication, inclinaison de la tête, sécheresse de la bouche du côté de la tumeur, par compression du conduit de Sténon.

Diagnostic. — Intégrité de la peau mobile sur la tumeur, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleur, maladie bien limitée, tels sont les principaux signes qui caractérisent l'hypertrophie parotidienne. Il est facile de la distinguer de l'adénite cervicale, dans laquelle il y a de l'empâtement des parties voisines; les ganglions voisins sont enflammés; il y a de la douleur. Elle se différencie du cancer par la lenteur de sa marche, son indolence, l'intégrité des ganglions et de la peau, caractères opposés à ceux que l'on rencontre dans le cancer. Quant aux enchondromes et aux fibromes de la parotide, ce sont des variétés de l'hypertrophie de cette glande, se reconnaissant aux symptômes que nous avons indiqués.

En un mot, le diagnostic n'est pas difficile; on pourra presque tou-

jours reconnaître, avant l'opération, les tumeurs hypertrophiques de la parotide, et les distinguer des affections malignes de cette glande.

Pronostic. — Il est peu grave en ce qui concerne la maladie en elle-même, car l'opération la guérit radicalement. Mais, en pratiquant celle-ci, il y a beaucoup de précautions à prendre pour ne pas blesser les vaisseaux voisins, pour éviter de diviser le nerf facial et de produire une paralysie de la face ; enfin il est presque impossible de ne pas ouvrir quelques-uns des conduits excréteurs de la glande, et d'éviter la formation d'une fistule salivaire.

Les tumeurs hypertrophiques de la parotide ne récidivent pas après l'opération. Cependant votre rapporteur a enlevé dernièrement la totalité de la glande sur une femme chez qui une première opération avait été faite par Blandin en 1847 ; les parties restantes de la parotide étaient le siége d'une nouvelle tumeur hypertrophique. Peut-être les tumeurs dans lesquelles les cellules épithéliales sont altérées en grand nombre sont-elles susceptibles de se reproduire. Enfin, il n'est peut-être pas impossible que ces tumeurs deviennent à la longue le siége d'une dégénérescence maligne, ainsi que M. Velpeau l'a observé pour les tumeurs adénoïdes du sein.

Traitement. — Le seul moyen de guérir est d'extirper ces tumeurs, en ayant soin, comme nous l'avons dit, d'éviter attentivement les vaisseaux et les nerfs : du reste, l'énucléation est facile dans un certain nombre de cas. Enfin il faut toujours réunir la plaie par première intention, afin de donner au malade une cicatrice peu apparente.

Tel est le résumé rapide du travail de M. Bauchet, qui constitue la première monographie que nous possédions sur les tumeurs hypertrophiques de la parotide, et nous donne, malgré de nombreuses incorrections de langage, une bonne description des différentes variétés que présente cette maladie.

D'ailleurs, le nom de M. Bauchet n'est pas inconnu des chirurgiens ; il a déjà publié quelques travaux intéressants, et récemment, par le concours, il est arrivé au Bureau central des hôpitaux.

Nous vous proposons donc :

1° De renvoyer ce mémoire au comité de publication ;

2° De placer M. Bauchet sur la liste des candidats pour une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Ces deux propositions sont mises aux voix et adoptées.

M. LARREY regrette que l'absence de M. Robert ne permette point la discussion de son rapport sur le travail de M. Bauchet. Il vou-

drait savoir si l'auteur s'est assuré que les travaux publiés sur la parotide ne mentionnent pas l'hypertrophie. Murat, par exemple, n'a-t-il pas signalé, dans une dissertation sur la *parotide*, cette forme d'engorgement, ou ne l'a-t-il pas décrite d'après Sabatier? Scavini, moins connu, l'a peut-être comprise dans ses *recherches sur les gonflements de la parotide ;* et Auguste Bérard, que nous ne saurions oublier, n'a probablement pas omis de dire quelque chose de l'hypertrophie dans sa thèse sur les *maladies de la parotide et de la région parotidienne.* C'est là ce qu'il serait utile de connaître, tout en accordant à M. Bauchet le mérite d'une description nouvelle et de l'observation spéciale.

M. Larrey, sans vouloir non plus engager la discussion sur un autre point, ne saurait admettre cependant certains caractères du diagnostic différentiel établis par l'auteur. Ainsi, d'après le rapport de M. Robert, M. Bauchet dirait que l hypertrophie de la parotide diffère essentiellement de l'adénite parotidienne, en ce que l'adénite doit présenter de la douleur ou des symptômes d'inflammation aiguë. Mais il faudrait, pour cela, exclure l'engorgement chronique des ganglions parotidiens, dont la similitude avec l'hypertrophie de la glande ne paraît pas contestable ; de même que certaines formes du cancer de cet organe ressemblent tout à fait à quelques dégénérescences des ganglions. C'est même d'après cette ressemblance que l'on a cru extirper quelquefois la parotide. Il y aurait donc lieu, sur ce point et sur quelques autres, d'ajourner la discussion.

M. MICHON regrette de voir insérer dans les *Mémoires* de la Société un travail qui n'a pas été discuté. Il ne faut pas, dit-il, que nous ayons l'air de donner notre assentiment à des idées qui pourraient être combattues par la majorité des membres de la Société, si elles subissaient le contrôle de la discussion. Il demande donc qu'on veuille bien ajourner toute résolution au sujet du travail de M. Bauchet.

M. MOREL-LAVALLÉE repousse l'ajournement. La Société, dit-il, n'est pas solidaire de tout ce qu'elle publie; en insérant un travail dans ses *Mémoires,* elle indique qu'il renferme des idées neuves ou intéressantes à un autre titre, sans pour cela en accepter la solidarité. Ce n'est pas d'ailleurs l'insertion dans les *Mémoires* qui a été votée, mais le renvoi au comité de publication, qui sera bon juge et seul responsable de ce qui devra être fait. Comme la question soulevée par le mémoire de M. Bauchet est intéressante, M. Morel-Lavallée propose de profiter de la première occasion pour la discuter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY présente les organes génitaux d'un homme de quarante-sept ans, qui, après avoir répété plusieurs fois l'acte du coït dans un temps très-court, tomba comme s'il eût été assommé. Porté dans le service de M. Monod, il ne tarda pas à succomber après être resté quelques jours dans un état que le chef du service compare à celui d'un animal surmené.

A l'autopsie, on constata une gangrène partielle de l'urèthre, du pénis et de la vessie; le bulbe uréthral était tuméfié, et M. Demarquay pense que cette tuméfaction est due à un épanchement de sang. Il n'y avait pas d'infiltration urineuse.

M. MAISONNEUVE parle d'un malade qui succomba dans des circonstances à peu près semblables; mais il attribue la mort à une rupture de l'urèthre provoquée par des manœuvres violentes qui furent exercées pendant le coït.

— M. Levenne, interne à l'hôpital de la Pitié, dépose sur le bureau une pièce d'anatomie pathologique provenant du service de M. Michon. Voici les renseignements dont il accompagne sa communication :

Un homme âgé de quarante ans, présentant les symptômes d'une hernie inguinale étranglée, fut apporté à l'hôpital le 4 juillet.

Les accidents d'étranglement existant depuis trois jours, M. Michon crut devoir pratiquer immédiatement l'opération. La hernie, dont le volume était considérable, était constituée par la presque totalité de l'intestin grêle. Dans cette masse intestinale, on distinguait deux parties distinctes : l'une formée par un grand nombre de circonvolutions noires, ramollies, froides, gangrenées; l'autre, plus nouvellement sortie, quoique noire en quelques points, était généralement rouge et chaude.

Trois heures après l'opération, le malade succomba.

A l'autopsie, on reconnut que le testicule droit était en contact immédiat avec l'intestin hernié, et que c'était, par conséquent, un cas de hernie dans la tunique vaginale.

Une autre particularité intéressante de cette observation consistait en l'absence des testicules dans le scrotum. Tous les deux siégeaient au niveau des anneaux inguinaux externes. Le gauche était sous-cutané, enveloppé par une poche du péritoine, immobile en sa place, aplati et de dimensions moindres que celles d'un testicule normal.

Le droit, du volume des testicules d'un enfant de dix ans, était situé dans la cavité abdominale. Les deux testicules ont une structure nor-

male. Les vésicules séminales sont très-minces; elles ne contiennent, ainsi que les testicules, aucun animalcule spermatique.

M. HOUEL, rappelant la discussion qui eut lieu à l'occasion d'un travail de M. Morel, fait remarquer que depuis ce temps, qui n'est pas bien éloigné, plusieurs observations de hernies dans la tunique vaginale ont été communiquées à la Société, et toutes prouvent que l'étranglement de cette espèce de hernie est plus grave que lorsqu'il se produit dans une hernie ordinaire.

M. MOREL reconnaît qu'il a été trop exclusif, et qu'il est plus facile qu'il ne le croyait de reconnaître pendant l'opération l'existence de la hernie dans la tunique vaginale. Le jour même de la séance, il a opéré une hernie qui s'était manifestement produite dans la tunique vaginale. Dans ce cas, il a pu constater plusieurs brides sur les parois du sac.

M. MAISONNEUVE regarde, avec MM. Houel et Nélaton, les hernies congéniales comme plus graves que les autres. A cause de cette gravité, il les opère lorsqu'elles s'étranglent dès qu'il en a reconnu la nature. Il serait à désirer, dit-il, que l'on pût, pendant la vie, établir une distinction qui n'est, le plus souvent, appréciable qu'après la mort ou pendant l'opération.

Connaissant un enfant affecté d'une hernie congéniale, M. Maisonneuve fut appelé près de lui pour procéder à la réduction; mais à cause des circonstances antérieures qui lui étaient connues, le taxis ayant été insuffisant, il opéra de suite comme s'il avait eu affaire à une hernie crurale. Dans les cas où la hernie inguinale existe en dehors de la tunique vaginale, M. Maisonneuve n'opère que le plus tard possible.

M. BROCA, comme M. Morel, ne peut pas s'être trompé sur la nature des faits qu'il a communiqués à la Société, puisqu'il les a recueillis dans des autopsies faites à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants trouvés. Il faut bien admettre que chez les nouveau-nés il y a très-peu de hernies congéniales; mais comme, d'un autre côté, on ne peut pas nier que cette espèce de hernie soit assez fréquente chez l'adulte, n'est-il point très-probable que la plupart des hernies dans la tunique vaginale se produisent longtemps après la naissance, dans les cas de descente tardive du testicule?

M. DEMARQUAY croit que l'opération dont il est question est très-grave. Toutes les fois qu'il a opéré des hernies congéniales, les malades ont succombé. La mort n'épargna même pas un jeune homme qu'il opéra quelques heures seulement après l'étranglement.

M. Demarquay a été frappé, comme beaucoup de chirurgiens, de l'état

cholériforme des individus qui souffrent d'un étranglement hernlaire. Il a produit le même résultat en liant le tube digestif sur des animaux, et il a vu que le froid était d'autant plus prononcé que la ligature avait porté sur une partie plus rapprochée de l'estomac.

— M. CHASSAIGNAC rapporte l'observation d'un vieillard qu'il a opéré pour une hernie congéniale. Dans ce cas, la hernie était coiffée en avant par le cordon testiculaire, dont les éléments s'étaient étalés, ce qui pouvait être une cause d'accident pendant l'opération. Le sac herniaire ayant été ouvert, et l'intestin étant réduit, le chirurgien aperçut en arrière une masse jaunâtre qui pouvait en imposer pour un paquet de l'épiploon. Ce n'est qu'en se rappelant l'observation de cystocèle dans laquelle M. Roux avait ouvert la vessie herniée, que M. Chassaignac reconnut qu'il avait affaire à une cystocèle. Le malade ainsi opéré se rétablit promptement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 28 juillet 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DEMARQUAY présente une femme qui, à la suite d'une tentative d'assassinat dirigée contre elle, il y a quinze ans, a toujours eu un peu d'embarras de la respiration. Cette année, ayant eu la grippe, elle fut subitement atteinte d'une suffocation pour laquelle M. Trousseau l'envoya à la maison de santé. En l'absence de M. Monod, M Demarquay crut devoir pratiquer la trachéotomie, qui soulagea la malade. Comme la suffocation reparaissait dès qu'on retirait la canule, on se décida à laisser à demeure une très-grosse canule que la malade porte encore aujourd'hui et avec laquelle elle peut parler. A l'occasion de cette présentation, M. Demarquay signale comme très-remarquable l'insensibilité des personnes qui subissent l'opération de la trachéotomie.

M. BOINET. Cette remarque sur l'insensibilité a été faite par tous les chirurgiens qui ont pratiqué la trachéotomie. On dirait que les enfants ont alors la conscience du danger qu'ils courent. Dans le fait qui nous est soumis, l'air peut encore passer par le larynx, puisque la

malade parle, et pourtant il y a suffocation dès que l'on retire la canule. On observe la même chose chez plusieurs opérés, et en particulier chez un homme qui est encore dans le service de M. Chassaignac. M. Boinet demande comment les malades se trouvent ainsi condamnés à porter toute leur vie une canule qui est une cause incessante d'irritation pour le larynx.

M. Cloquet a présenté lundi dernier, au nom de M. Bouchut, un mémoire dans lequel l'auteur s'occupe de l'insensibilité des enfants affectés du croup. Cette anesthésie paraît être en rapport avec l'insuffisance de l'hématose.

M. Michon peut répondre en partie à la question de M. Boinet. Il opéra, il y a une douzaine d'années, une femme qui étouffait par suite d'une phlegmasie chronique du larynx. La trachéotomie permit à la malade de respirer à l'aide d'une canule; mais quand on retira cet instrument, la suffocation se reproduisit. L'expérience ayant été répétée plusieurs fois, M. Michon appliqua une canule à soupape, avec laquelle la femme opérée pouvait parler plusieurs heures de suite sans fatigue. Eh bien, voici l'explication de ce fait : le larynx est encore assez large pour que la voix s'y produise, et sa largeur est insuffisante pour que la respiration se fasse sans angoisse et sans fatigue. Dans le cas dont il vient d'être question, la malade a besoin de l'ouverture supérieure de la canule pour parler et de l'antérieure pour respirer.

M. Michon ayant été amené à parler de cette opération, signale les hémorrhagies comme étant fort à redouter dans les cas où la trachéotomie est pratiquée pour une inflammation chronique du larynx.

M. Chassaignac répond à l'interpellation de M. Boinet que, chez son malade, l'ouverture du larynx étant insuffisante pour la respiration, il pensa d'abord que ce serait là un cas dans lequel il serait utile d'appliquer la canule de M. Richet; mais l'introduction de cet instrument étant impossible, il eut recours à une canule fenêtrée avec laquelle il espérait arriver à agrandir le calibre du larynx; mais des bourgeons charnus s'étant développés ont ramené les accidents de suffocation, et il a dû employer la canule ordinaire.

M. Chassaignac a observé, comme M. Michon, une hémorrhagie survenue chez un malade affecté d'une phlegmasie chronique du larynx, pour laquelle il dut pratiquer la trachéotomie. Bien qu'aucune artère importante n'eût été lésée, l'opérateur ne parvint à arrêter l'hémorrhagie qu'en appliquant de la glace sur la poitrine de l'opéré.

M. Demarquay n'a pas remarqué chez les enfants l'insensibilité qui

l'a frappé en opérant la malade qu'il vient de présenter à la Société. Chez cette femme, les canules à soupape ont été insuffisantes, il a dû recourir à l'emploi d'une canule d'un très-fort calibre.

M. MOREL pense que l'insensibilité dont il est question provient d'une atteinte profonde à la vie et non d'une hématose incomplète. Il propose de remédier à l'inconvénient de la canule dont M. Chassaignac s'est servi, en dirigeant la fenêtre de l'instrument en arrière, parce que, dit-il, c'est par en haut et en avant que les bourgeons charnus ont dû s'introduire dans la canule.

M. LARREY pense que pendant la trachéotomie il n'y a pas insensibilité, mais que les malades restent immobiles à cause du danger auquel ils sont exposés pendant la trachéotomie. Il en est de même de toutes les opérations que l'on pratique sur le cou.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société deux sujets qui ont subi l'amputation de la jambe au quart inférieur, c'est-à-dire l'amputation sus-malléolaire. La méthode à deux lambeaux a été mise en usage, et elle a donné les résultats les plus avantageux. Une de ces opérations a été pratiquée par M. Verneuil, l'autre par M. Huguier. Voici une analyse de ces deux observations.

Un enfant de ..... ans, entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'août 1857, salle Saint-Jean, n° 36. Depuis plusieurs années, il était affecté d'une lésion organique de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le cou-de-pied était considérablement tuméfié, de nombreuses fistules versaient une suppuration abondante. La jambe offrait plusieurs cicatrices provenant d'anciens abcès qui avaient fusé dans les espaces intermusculaires. L'état général était mauvais, les douleurs vives. L'amputation seule offrait quelques chances de guérison, elle fut exécutée après la préparation convenable par les purgatifs et les bains. Le couteau dessina deux lambeaux, l'un antérieur, plus court, étendu du bord interne du tibia au bord externe du péroné, l'autre plus long, taillé par transfixion. Deux artères furent liées et la plaie réunie par six points de suture entortillée. Compresses imbibées d'eau fraîche pour tout pansement. Réunion immédiate de la presque totalité de la plaie, ablation des points de suture commencée dès le lendemain, terminée le troisième jour ; absence complète de tout phénomène inflammatoire local. Le cinquième jour, les compresses d'eau fraîche furent remplacées par des cataplasmes froids.

Au onzième jour, la cicatrisation était complète. L'enfant se leva bientôt, et quelques jours après il marchait avec des béquilles, puis avec un appareil.

S'il est permis de faire ici une légère digression, on peut donner ce cas comme un des plus beaux exemples des avantages de l'alimentation substantielle après les grandes opérations chirurgicales. A peine revenu des effets anesthésiques du chloroforme, l'enfant prenait une tasse de bouillon. A quatre heures, il mangeait de bon cœur une côtelette de mouton ; la nuit, un peu de bouillon fut encore permis. Le lendemain, le même régime fut continué ; il se composait de pain, de soupe, de deux côtelettes et d'eau rougie. L'opéré nous déclara spontanément que, depuis bien longtemps, il n'avait passé une aussi bonne nuit, et n'avait fait un aussi bon repas que depuis l'amputation. Pendant toute la première semaine, il n'y eut pas trace de mouvement fébrile ; le seul phénomène à noter fut un appétit extraordinaire, auquel on satisfit avec prudence toutefois, et en faisant choix d'aliments substantiels, mais de facile digestion.

Pour en revenir aux suites de l'opération, on voit aujourd'hui le moignon tel qu'il était quinze jours après le sacrifice du membre ; seulement la ligne cicatricielle indiquant la réunion des deux lambeaux a été attirée en arrière et un peu élevée. L'extrémité des os mousse non gonflée, non douloureuse, répond principalement à la face profonde du lambeau antérieur, dont la sépare une double bourse séreuse. Jamais le moignon n'a été la source de la moindre douleur.

L'appareil prothétique employé dans les premiers jours, prenait son point d'appui ; terminé par un pilon, il était composé de deux tiges de bois latérales, dans l'écartement desquelles le membre dans l'extension vient se placer sans presser nulle part, et sans que l'extrémité du moignon touche en aucune façon. Dans toute son étendue, le membre artificiel est rigide, de manière que les mouvements du genou sont abolis.

Quelque temps après, un appareil ne différant du premier que par la brisure qu'il présente au niveau du genou, est mis en usage, et permet la marche avec aisance et solidité (1).

---

(1) Note de M. Lebelleguic, orthopédiste-mécanicien :

Poids de la jambe de bois sans articulation. . .	1 kilog.
— avec articulation. . .	1 k. 500 gr.
Prix de la jambe sans articulation.	25 fr.
— avec articulation.	40 fr.
Dépense annuelle.	5 à 6 fr.

Le second malade est actuellement âgé de vingt-cinq ans, serrurier, d'une constitution moyenne. Il y a près de cinq ans, une masse de fer d'un poids très-considérable heurta en tombant les membres inférieurs. La cuisse gauche fut fracturée à sa partie moyenne; le pied droit fut écrasé, au dire du malade; toujours est-il qu'on fut obligé d'extraire la malléole externe au bout d'un temps indéterminé. On tenta la conservation du membre, et pendant dix-huit mois il y eut suppuration, gonflement, trajets fistuleux, repos au lit, impossibilité de poser par terre le pied, qui était tout à fait déformé. La santé générale se ressentit de cet état. Le malade entra en 1855 dans le service de M. Huguier, qui proposa l'amputation. La faiblesse était si grande qu'on ne crut pas devoir user de l'anesthésie. Le rétablissement fut assez prompt. Aucun accident ne survint, et quarante jours après l'opération tout était cicatrisé. Au bout de trois mois, on appliqua l'appareil qui sert encore aujourd'hui.

Depuis cette époque, notre sujet a repris son ancienne profession; il travaille toute la journée, souvent de cinq heures du matin à huit heures du soir, toujours debout. Il monte et descend les escaliers, soulève au besoin des fardeaux de 100 livres, et peut, sans grande fatigue, faire deux ou trois lieues dans la journée. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans le moignon; jamais celui-ci n'a présenté ni inflammation, ni fistules, ni excoriations, en un mot sa jambe lui rend presque les mêmes services qu'autrefois. Le moignon est des plus beaux. La cicatrice, reportée en arrière des extrémités osseuses, est déprimée, étroite, flexueuse, très-solide, sans adhérences étroites aux os; son trajet indique qu'on a pratiqué la méthode à lambeaux. C'est le lambeau antérieur qui recouvre l'extrémité des os, dont il est séparé par une bourse séreuse. Deux indurations épidermiques s'observent sur le point où le lambeau est réfléchi.

L'appareil prothétique employé est articulé au niveau du genou; il se termine par un pied artificiel et prend son point d'appui sur le cône charnu que forme la cuisse, et y reste fixé uniquement par le contact. Cet appareil est assez solide et se détériore peu. Cependant, déjà six fois une des branches d'acier latérales a cassé, sans déterminer de chute, il est vrai. Le malade, serrurier, comme il a été dit, répare lui-même son appareil.

Poids de la jambe artificielle avec pied.	**2 k. 500 gr.**
Prix de la jambe artificielle avec pied.	**de 80 à 150 fr.**
Entretien annuel.	**de 40 à 50 fr.**

— M. LE PRÉSIDENT rappelle que, pour se conformer au règlement, les présentations de malades ne seront plus faites qu'après les rapports et la lecture du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu la *Gazette des Hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire*, le numéro de juillet du *Montpellier médical*, le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, la *Revue thérapeutique du Midi*.

— M. le docteur Gallard adresse une brochure intitulée : *Note scientifique sur l'homœopathie*.

— M. le docteur A. Bois adresse sa thèse inaugurale intitulée : *Etude sur quelques tumeurs de la bouche et de l'arrière-bouche*, Paris, 1858.

— M. BROCA présente, de la part de M. le docteur Soubie, de Libourne, un appareil à extension continue pour les fractures de jambe. Cet appareil ressemble à plusieurs égards à ceux qui sont connus, depuis Galien, sous le nom de glossocomes ; le seul avantage qu'il présente est d'être plus simple et plus facile à construire. Une courte description et un dessin représentant l'appareil en place accompagnent cet envoi. (Commissaires : MM. Morel-Lavallée, Michon et Huguier.)

— Nomination d'une commission pour l'examen des comptes : MM. Cazeaux, Boinet, Verneuil, Richet, Maisonneuve.

— Commission pour le Catalogue : MM. Broca, Boinet, Cazeaux.

A 5 heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

Séance du 4 août 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. VERNEUIL indique les prix des appareils qu'il a présentés à la Société.

M. LENOIR rappelle que ces appareils ne sont pas nouveaux ; il y a longtemps, dit-il, que M. Martin nous les a fait voir pour la première fois. L'inventeur les livre aux hôpitaux pour 80 fr. Ceux de M. Lebelleguic n'offrent donc rien de bien intéressant.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pas présenté les appareils de ses malades comme nouveaux ; c'est à l'occasion de sa présentation qu'il en a parlé. Il a voulu répondre au reproche qu'on lui avait fait d'être hostile à l'amputation sus-malléolaire, en amenant devant la Société deux hommes qui, ayant subi cette opération, marchent facilement et se livrent à des travaux pénibles.

Les appareils qu'il a montrés étant très-satisfaisants et d'un prix modéré, on ne pourra plus dire que l'amputation sus-malléolaire ne convient pas aux pauvres.

M. LENOIR admet pourtant quelques exceptions à la dernière assertion de M. Verneuil. Deux boulangers, opérés par lui, ayant besoin de déployer une grande force dans l'exercice de leur profession, durent renoncer à la jambe artificielle, pour se servir du pilon en bois.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme guéri par la compression digitale intermittente. — M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital général de Meaux, présente un malade sur lequel il donne les renseignements qui suivent :

D..., musicien aux dragons de l'impératrice, en garnison à Meaux, reçut en duel, sur la face dorsale du carpe, la main étant en supination complète, un coup de sabre qui divisa les parties molles transversalement à la hauteur de l'angle que forment entre eux les métacarpiens du pouce et de l'indicateur droits. Pansé presque aussitôt après, D... fut envoyé immédiatement à l'hôpital général de Meaux par M. le docteur Morel, aide-major, qui ne signala rien de particulier dans l'état du blessé ; le cas, selon toute probabilité, ne devait pas être grave.

Le lendemain, à la visite, plaie simple, bien qu'un peu déchirée et contuse, large de deux centimètres environ. Le sabre a labouré la face dorsale de la main en se dirigeant vers l'articulation radio-carpienne. A son côté externe et postérieur, il a divisé ou tout au moins atteint le tendon du court extenseur du pouce, dont les mouvements d'élévation ne se produisent que difficilement. En explorant les parties voisines, parfaitement intactes du reste, MM. Vilpelle, chirurgien en chef de l'hôpital, et Bruneau, médecin-major du corps, reconnaissent sur la face antérieure du radius, à 3 centimètres environ de l'articulation radio-carpienne, sur le trajet de l'artère radiale, une tumeur de la grosseur d'une aveline, parfaitement circonscrite, et présentant tous les symptômes pathognomoniques d'un anévrysme ; examen fait de la tu-

meur, je me range à l'avis de mes confrères, que M. Morel lui-même partagea bientôt.

Je propose la compression digitale intermittente, qui vient, à l'étranger et en France ; de donner quelques cas de guérison. A titre d'essai, elle est pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur à l'avant-bras, mais sans résultat pendant deux jours ; on l'abandonne pour être reportée à l'humérale, au pli du coude, où elle sera pratiquée par le malade lui-même de la manière suivante : Compression pendant le jour seulement, avec repos d'une heure d'intervalle, en sorte que la suspension de la circulation dans le membre, partant dans la tumeur, n'aura réellement lieu que durant six ou huit heures pendant vingt-quatre. Examinons ce qui va se passer.

Le 25 juillet, la tumeur a son volume primitif ; molle, extensible, elle présente à l'œil nu des mouvements d'expansion très-visibles, sensibles au toucher ; battements isochrones à ceux du cœur, bruissement caractéristique.

Le 26, au matin, la tumeur, plus dure, conserve son volume ; les mouvements d'expansion, à peine visibles, sont encore sensibles au doigt. Bruissements moindres.

Le 27, tumeur dure dans son entier ; mouvements d'expansion, bruissements nuls. Une pression un peu forte fait seule percevoir des battements profonds.

Le 28, mouvements d'expansion, bruissement, battements, tout a disparu ; la tumeur, encore plus dure que la veille, a commencé à décroître. La compression est levée à une heure pour ne plus être reprise. Elle a été exercée pendant deux jours et demi, c'est-à-dire dix-huit ou vingt heures seulement.

Le 4 août, au bout de dix jours, la tumeur a diminué des deux tiers ; je continuerai à observer le malade pour rendre compte à la Société quand la guérison sera définitive. On perçoit très-bien aujourd'hui les pulsations de la radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur, dans laquelle la circulation est complétement interrompue ; on pourrait donc, à la rigueur, dire le malade guéri.

J'ai dit qu'on devait attribuer la formation instantanée de la tumeur anévrysmale à la rupture d'une ou de plusieurs des tuniques de l'artère, par un mouvement brusque. Le malade affirme, en effet, qu'avant le duel il n'avait rien à l'avant-bras qui le gênât dans ses fonctions de musicien et de copiste. On ne peut admettre que la pointe du sabre ait lésé l'artère ; des désordres qui n'ont pas eu lieu auraient alors été observés dans les parties voisines. La plaie du carpe et la tumeur sont

à 4 centimètres de distance; la première, à la face dorsale de la main, n'a que 1 centimètre 1/2 de largeur; la seconde est située à la face palmaire de l'avant-bras. D'ailleurs, en passant brusquement de la supination à la pronation pour arriver à la parade, ainsi que le malade en rend compte, le radius aurait, par sa révolution même, couvert l'artère. Il faut donc chercher ailleurs que dans une lésion traumatique la cause de l'anévrysme, dont l'existence n'est pas douteuse. Bien que la rupture instantanée des tuniques artérielles, comme dans le présent cas, soit rare, elle n'est pas impossible; le fait a déjà été observé, non pas sur la radiale peut-être, mais ailleurs.

M. CHASSAIGNAC a souvent observé des kystes au niveau du point où siége la tumeur du malade présenté par M. Houzelot; il se demande s'il n'y aurait pas eu erreur de diagnostic dans le cas qui est soumis à la Société. Ce qui lui donne cette pensée, c'est qu'il ne comprend pas comment un anévrysme a pu se former à la face antérieure de l'avant-bras, quand le coup de sabre a porté sur la tabatière anatomique. Un kyste existant antérieurement derrière l'artère radiale pourrait induire en erreur les praticiens les plus babiles.

M. HOUZELOT répond aux observations de M. Chassaignac que MM. Bruneau, Morel et Vilpelle, ont admis comme lui l'existence d'un anévrysme. Il pense que cet anévrysme s'est produit par rupture dans l'effort que le blessé a fait pour parer le coup qui lui était porté. Il ne s'explique pas comment, dans l'bypothèse de M. Chassaignac, la tumeur eût pu diminuer sous l'influence de la compression faite dans un point éloigné.

M. DESORMEAUX fait remarquer que les battements n'existent plus dans la radiale au niveau de la tumeur, tandis qu'on les perçoit facilement au-dessus et au-dessous. L'existence d'un anévrysme et sa guérison peuvent seules donner l'explication de ce fait.

Après ces explications, M. CHASSAIGNAC ne croit pas devoir insister; il pense que M. Houzelot a eu affaire à un anévrysme; mais il est bien aise d'avoir, à l'occasion de cette présentation, rappelé l'existence des kystes, qui ont dû plus d'uue fois en imposer pour des tumeurs anévrysmales.

LECTURE.

Anévrysme poplité. — Compression de la fémorale avec l'appareil de M. Broca. — Guérison en dix-huit jours. — L'observation sui-

vante est lue au nom de M. Triffet, ancien interne des hôpitaux de Paris :

Vers le 15 juin 1857, M. Lambré, notaire à Cartignier, me fit appeler près de son fils, âgé de vingt-deux ans, pour un gonflement des jambes survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Après quelques jours de repos, l'œdème ayant presque disparu, nous avons remarqué au milieu du jarret droit une tumeur pulsatile du volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur présente tous les caractères d'un anévrysme circonscrit entièrement réductible. Le malade accuse une douleur très-vive vers la tumeur, s'irradiant dans tout le membre et redoublant à la moindre pression, au moindre mouvement. Le genou reste légèrement fléchi, et l'œdème est beaucoup plus prononcé dans ce membre que dans l'autre.

Une saignée immédiatement pratiquée diminue sensiblement les douleurs; mais, malgré les cataplasmes, le repos absolu, les préparations de digitale et les opiacés, le malade peut à peine avoir quelques heures de sommeil.

Le 8 juillet, la tumeur anévrysmale faisant des progrès, je me décide à employer la compression indirecte, et j'écris à M. Charrière pour lui demander l'appareil de M. Broca.

Le 16, la tumeur augmentant d'une manière désespérante et craignant une rupture de la poche anévrysmale, j'ai fait transporter le malade chez moi, afin de l'avoir sous la main en cas d'événement et pouvoir mieux surveiller le traitement.

Pendant le transport, j'ai appliqué un tourniquet sur l'artère fémorale, et l'y ai maintenu médiocrement serré jusqu'à l'arrivée de l'appareil tant désiré dans la crainte d'une rupture du sac.

Enfin, le 19 juillet l'appareil arriva; le malade était alors dans l'état suivant :

La jambe est légèrement fléchie, œdémateuse; une tumeur oblongue paraissant plus volumineuse que le poing, fluctuante, réductible, agitée de battements d'expansion énergiques, remplit complétement le creux du jarret droit et refoule latéralement les tendons qui circonscrivent le creux poplité. La mensuration comparative des deux membres donne une différence de 7 centimètres; les pulsations se font sentir aussi bien dans ce membre que dans l'autre. Les douleurs, qui redoublent à chaque pulsation, disparaissent par la compression de la fémorale. Le pouls donne 85 pulsations.

La compression fut commencée le 19, vers trois heures du soir. L'appareil fut disposé de manière que les deux pelotes, destinées à être

serrées et relâchées alternativement, pussent comprimer l'artère fémorale, l'une dans l'aine, l'autre vers l'anneau du troisième adducteur. Après avoir essayé la sensibilité de l'appareil et m'être convaincu que les pelotes fonctionnaient d'une manière irréprochable, j'ai commencé la compression par la pelote inguinale, en ayant soin de la serrer assez pour diminuer les battements de l'anévrysme, mais en n'interrompant pas complétement la circulation, c'est-à-dire que la pelote fut serrée de manière à donner au tourniquet le maximum d'agitation.

Au bout de dix minutes, la pression devenant douloureuse, la pelote inférieure fut appliquée de la même manière, et l'autre relâchée. Ainsi de suite.

Le malade fut mis à la demi-ration, de l'eau pour toute boisson, 30 grammes de sirop diacode chaque soir, et un granule de digitaline le matin et le soir.

Bien que le patient fût très-intelligent et qu'il comprît l'importance et le mécanisme de la médication, j'ai toujours laissé près de lui des aides capables pour appliquer régulièrement les pelotes sur l'artère et les maintenir convenablement serrées.

Les 20, 21 et 22, la compression est parfaitement supportée ; seulement il faut changer les pelotes toutes les dix ou douze minutes. Le pouls descend à 80, et s'y maintient jusqu'à la fin du traitement.

Le 23, la poche anévrysmale n'a pas encore acquis de consistance ; la tumeur est encore complétement réductible.

Les 24, 25, 26 et 27, le traitement est continué de la même manière ; seulement, la pelote inguinale étant très-douloureuse, il a fallu la descendre un peu plus bas, dans le triangle crural.

Le 28, les battements sont beaucoup moins prononcés dans la tumeur ; elle n'est plus entièrement réductible ; on sent que les parois de l'anévrysme ont acquis une certaine épaisseur et que des caillots commencent à se développer dans la poche anévrysmale.

Le 29, la gouttière, qui presse sur le grand trochanter et sur la tubérosité de l'ischion, n'est plus tolérable ; mais un coussin de balle d'avoine modère les accidents.

Du 30 au 5 août, le traitement est supporté avec peine ; les pelotes doivent être fréquemment changées de place, depuis l'aine jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, sur tout le trajet de la fémorale ; la gouttière se déplace à chaque instant ; l'appareil tourne, glisse sur les coussins de paille d'avoine, et il faut une surveillance des plus attentives. Les artères collatérales se développent ; la tumeur devient de

plus en plus dure; mais la circulation se fait encore régulièrement dans toutes les artères de la jambe.

Enfin le 6, vers dix heures du matin, les artères collatérales ayant acquis un grand développement, la tumeur étant très-dure, irréductible, les mouvements d'expansion presque nuls, et le malade se fatiguant du traitement, j'ai fait serrer les pelotes de manière à intercepter complétement la circulation.

Vers onze heures du soir, le malade accuse une douleur très-vive dans le membre, de l'engourdissement, des crampes et un malaise indéfinissable; il dit qu'il ne peut plus continuer le traitement plus longtemps et qu'il va se trouver mal.

Remarquant que le membre se refroidit et que la sensibilité s'émousse, j'enlève l'appareil, afin de laisser reposer le patient, et surtout dans l'espoir que la circulation va ramener la chaleur et la vie dans le membre. Mais l'oblitération de la poche anévrysmale était complète et le sang ne traversait plus du tout l'artère poplitée; plus de mouvement d'expansion dans la tumeur, plus de battements ni dans le vaisseau, ni dans l'artère tibiale postérieure, ni dans la pédieuse. On ne sentait que deux collatérales, dont l'une, l'interne, avait acquis le volume d'une plume d'oie.

Pendant toute la nuit et le jour suivant on s'occupe de réchauffer le membre par tous les moyens convenables, et au bout de 48 heures tous les accidents avaient disparu; les battements commençaient à se faire sentir à l'artère pédieuse.

Le 29, le malade allait de mieux en mieux, la tumeur diminuait de volume, aucun battement ne s'y faisait sentir; les mouvements de flexion et d'extension revenaient de plus en plus, lorsqu'une méningite se déclara et faillit nous enlever cet intéressant jeune homme. Heureusement nous avons pu le sauver et suivre le retrait de la tumeur anévrysmale, qui, au bout de deux mois, n'avait plus que le volume d'un marron, et qui aujourd'hui a entièrement disparu; du moins on ne peut plus rien sentir à travers la peau.

M. Lambié, aujourd'hui 25 février, se porte admirablement bien et marche comme s'il n'avait jamais rien eu. Sauf l'absence des battements de l'artère poplitée et le développement énorme de la collatérale interne, il ne serait point possible de reconnaître le membre qui a été malade.

J'ajouterai que plusieurs de nos confrères ont vu M. Lambié avant, pendant et après la guérison de son anévrysme, et que M. le docteur Wiart a suivi le malade pendant tout le traitement.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : la *Gazette des Hôpitaux;* la *Gazette hebdomadaire;* les *Archives générales de médecine;* la *Revue thérapeutique de Montpellier;* le *Bulletin mensuel de M. Klincksieck.*

M. CAZEAUX présente, de la part de M. le docteur Basset, la thèse inaugurale de ce dernier, intitulée : *De l'hydrorrhée dans la grossesse.*

— M. MIDDELDORPF, membre correspondant de la Société à Breslau, adresse un exemplaire de son mémoire intitulé : *De polypis œsophagi atque de tumore hujus generis primo prospere exstirpato.* Breslau, 1857, in-4°. A la demande de plusieurs membres, M. Follin est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. Bauchet adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Du panaris et du phlegmon de la main.* Paris, 1858.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Séance du 11 août 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Joseph Leroy, demeurant à Paris, a écrit à la Société pour lui proposer de constater les effets d'un remède secret. Le bureau pense qu'il n'y a pas lieu de donner lecture de cette lettre.

— M. le docteur Pereira de Carvalho annonce à la Société l'envoi d'une série de documents relatifs au traitement des rétrécissements organiques du rectum.

— M. BROCA fait hommage à la Société d'un exemplaire de l'ouvrage de M. Hermann Friedberg, de Berlin, intitulé : *Pathologie and Therapie der Muskellähmung* (*Pathologie et thérapeutique de la paralysie musculaire*).

— M. LARREY ayant présenté, dans le courant de mai, une jambe momifiée qui s'était détachée spontanément au-dessous du genou chez une femme, complète l'observation de cette malade, d'après une lettre

récente de son médecin, M. le docteur Larbès, ex-chirurgien militaire. Voici l'extrait de la lettre :

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que la pauvre femme à laquelle vous vous êtes intéressé jouit d'une parfaite santé ; que depuis trois semaines elle se sert d'une jambe de bois, et que chaque jour elle recouvre de plus en plus ses forces et la sûreté des mouvements de ce côté.

» C'est la jambe de bois des pauvres que j'ai employée ici comme moyen prothétique ; elle convenait à la fois à la position pécuniaire de ma blessée et à son moignon.

» La guérison de ce cas remarquable est aujourd'hui un fait accompli pour la science. Il est à enregistrer, tant sous le rapport de l'étendue des désordres et la momification qui en a été le résultat, que pour la guérison qui s'en est suivie. Cette observation enfin est de nature à inspirer la plus grande circonspection quant à l'amputation préventive. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une tumeur dont il a fait l'ablation quelques heures avant la séance d'aujourd'hui.

Située à quatre travers de doigt au-dessus du pli de l'aine gauche, dont les ganglions ne sont point engorgés, la tumeur s'élevait sur la surface des parois abdominales à la manière d'une corne volumineuse tronquée, ou d'une espèce de rostrum à concavité dirigée en bas.

Depuis vingt ans la malade portait, dans le point où siége la tumeur, une petite saillie ayant quelque analogie d'aspect avec le tissu de la kéloïde; mais c'est seulement depuis six mois que la nouvelle tumeur s'est développée au contact de la saillie primitive et sans la faire disparaître entièrement. Il y a donc entre la tumeur ancienne et la nouvelle une sorte d'indépendance, bien qu'elles soient dans un contact réel.

Lorsque, dans le but de savoir quel est le genre de connexion de la tumeur avec la paroi abdominale, on saisit la base de cette tumeur avec les doigts de manière à la circonscrire par pincement et à lui faire éprouver des mouvements de va-et-vient, on reconnaît qu'elle se prolonge dans l'épaisseur de la paroi du ventre, et que si on voulait tenter son éradication complète, on pénétrerait infailliblement dans le péritoine. Et cependant il fallait agir, sous peine de voir la malade périr d'hémorrhagie. Elle avait été envoyée d'urgence à l'hôpital par le docteur Guillemeau. Il suffisait d'enlever le linge qui recouvrait la tumeur,

pour qu'une hémorrhagie abondante se déclarât sur-le-champ. Depuis plusieurs jours l'état de la malade inspirait de vives inquiétudes. Ni l'incision, qui pouvait faire pénétrer dans le péritoine, ni la cautérisation, dont les effets auraient été trop lents, ne pouvaient convenir.

La tumeur fut serrée à sa base avec la chaîne d'un écraseur et séparée tout d'un trait sans effusion de sang. Puis dix à douze cautères, chauffés à blanc, furent éteints sur la surface de séparation. Nous avons encore eu, dans cette circonstance, à constater le peu d'efficacité des cautères ordinaires comme agents de destruction des tissus à une certaine profondeur, la première couche d'eschare faisant fonction de cuirasse protectrice pour les tissus sous-jacents. La tumeur me paraît être de nature cancéreuse, sans que je puisse indiquer à quelle catégorie de cancers elle appartient, l'examen microscopique n'ayant point été fait.

M. CLOQUET a vu avec M. Monod une tumeur semblable à celle qui vient d'être présentée. Il se demande s'il ne vaudrait pas mieux enlever cette tumeur à l'aide du bistouri, et réunir les deux bords de l'incision par une suture. Il pense que l'application de plusieurs cautères expose dans ces cas à dépasser le péritoine.

M. FOLLIN. Le fait dont nous nous occupons en ce moment est un type de tumeur fibro-plastique. A l'œil nu même, il est facile de reconnaître qu'elle ne ressemble pas au cancer. En la déprimant, on n'y imprime pas les doigts comme dans une tumeur cancéreuse; elle se déchire, et son aspect est celui du blanc-manger. Ces caractères différentiels prouvent que le cancer et le tissu fibro-plastique ne se distinguent pas seulement au point de vue histologique.

M. HUGUIER demande quelques explications sur le siége et sur la nature de la tumeur; il désire savoir pourquoi la cautérisation a été préférée à l'extirpation.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il n'a pas cru la tumeur assez superficielle pour ne point avoir à redouter de dépasser le péritoine en se servant du bistouri.

COMMUNICATION.

Du phlegmon de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. — M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion de recevoir et de traiter dans un court espace de temps trois malades affectés de phlegmon du cou. Chez tous la tumeur offrait une telle identité de siége, de forme, d'étendue, que j'ai été conduit à la considérer comme une variété distincte méritant une description spéciale.

Le phlegmon, comme on le sait, envahit presque sans distinction les régions qui renferment du tissu cellulaire plus ou moins abondant. Cependant, lorsque dans un point donné la collection purulente se présente plusieurs fois avec un siége, des rapports et des limites précis, on est porté à croire que la maladie s'est développée dans le même endroit et qu'il existe là une disposition anatomique normale ou du moins fréquente, susceptible de rendre compte de l'apparition et de la marche du mal.

Je fus frappé de trouver à ces trois phlegmons les caractères suivants, tellement identiques qu'une description unique suffit pour les trois cas :

Tumeur arrondie, volumineuse, étendue depuis la région parotidienne en haut jusqu'au voisinage du trou mentonnier en bas, se perdant en avant dans l'épaisseur de la joue, et atteignant en arrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le point le plus saillant correspond à l'angle de la mâchoire, qu'on ne peut plus distinguer par le toucher. Le sillon ou la dépression qui sépare la région faciale inférieure de la région sous-hyoïdienne n'existe plus, il est remplacé par une saillie considérable.

Les mouvements d'écartement de la mâchoire sont très-gênés. La peau est rouge, luisante, tendue, douloureuse au toucher, surtout au centre. Le doigt introduit à la face interne des joues ne perçoit pas de fluctuation, et l'arcade alvéolaire paraît tout à fait saine. A l'intérieur la fluctuation est difficile à trouver, ou, pour parler plus exactement, elle n'existe que dans un point très-circonscrit, alors même que la tumeur possède un très-grand volume.

Lorsque l'on a ouvert l'abcès, le doigt ou la sonde cannelée pénètre dans un foyer plus ou moins profond, suivant l'embonpoint du sujet et la saillie de la tumeur. Ce foyer, assez circonscrit et qui ne fournit pas autant de pus qu'on pourrait le supposer, répond exactement à l'angle externe du maxillaire et à la partie inférieure de la face externe de l'os. Il ne penche pas au-dessous de cet angle, c'est-à-dire dans la région sous-hyoïdienne. Le tissu osseux n'est pas dénudé. L'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la chute rapide de l'inflammation et du gonflement du voisinage. En deux jours tout au plus, la cicatrisation est presque achevée ; elle ne laisse après elle aucune induration, seulement la cicatrice paraît pendant quelque temps adhérer à l'os, et la mobilité de la peau, si grande d'ordinaire à cet endroit, ne revient que tardivement. La bouche s'ouvre bientôt comme de coutume.

Comme tous les phlegmons légitimes, celui-ci s'accompagne de réac-

tion générale, fièvre, douleurs vives, insomnie, soif, inappétence. Le pus présente le caractère phlegmoneux le mieux tranché.

En réfléchissant à ces faits et en les comparant, je suis arrivé à penser que ces phlegmons ont pour point de départ l'inflammation de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. En effet, c'est précisément à ce niveau que le mal débute, c'est là qu'on sent la fluctuation dans un espace très-circonscrit d'abord. La division de la peau, à la vérité, souvent très-épaisse en ce point, suffit pour atteindre le foyer, dont le fond repose précisément sur le lieu occupé normalement par la bourse séreuse susdite. La tumeur présente maintenant les mêmes apparences que les phlegmons qui se développent autour des bourses séreuses du coude, du genou, des malléoles, de la paume de la main, etc. Enfin, la résolution est franche dès que le pus est évacué. La mobilité de la peau, lente à revenir, et l'adhérence de la cicatrice à l'angle de la mâchoire, viennent encore militer en faveur de mon hypothèse.

Les adénites aiguës, assez communes à la région du cou, diffèrent beaucoup des phlegmons que je viens de décrire. Leur développement est moins rapide, l'inflammation de voisinage moins intense. Elles siégent ou plus en haut et en arrière (adénite parotidienne), ou plus bas et plus en avant (adénite sous-maxillaire), ou plus profondément dans la région sus-hyoïdienne (adénite de l'angle de la mâchoire). Les douleurs et les phénomènes généraux sont rarement intenses, le pus moins louable. Le ganglion enflammé reste longtemps perceptible après l'évacuation du foyer. Enfin, ces adénites s'observent de coutume chez des sujets lymphatiques, et comme retentissement de la lésion préexistante d'une muqueuse ou de tout autre organe de la tête. Ce n'était pas le cas chez mes trois malades, dont voici la courte histoire.

1° Homme; quarante ans environ; convalescent d'un rhumatisme; entré, dans le service salle Saint-Jean, 15, avec une énorme tuméfaction du cou, dans laquelle je cherchai vainement la fluctuation pendant trois jours; incision sur la tumeur, pas de pus; soulagement temporaire; retour des douleurs; érysipèle partant des lèvres de l'incision. Un traitement convenable en arrêta les progrès assez vite. La tuméfaction persiste, une seconde incision est faite cette fois 2 centimètres plus bas que la première, juste au niveau de l'angle de la mâchoire, où la fluctuation était devenue manifeste, quoique peu étendue; pus phlegmoneux. Guérison très-rapide. Aucune lésion des muqueuses voisines, aucune cause traumatique antérieure.

Pendant ce temps était entrée à la salle Saint-Paul une fille de seize à dix-sept ans, d'une belle constitution, offrant à l'angle gauche de la

mâchoire une tumeur en tout semblable à la précédente, avec les mêmes troubles fonctionnels, les mêmes phénomènes généraux, fluctuation dans un petit point correspondant à l'angle de la mâchoire. Ponction, évacuation d'un pus phlegmoneux. Sortie quatre jours après bien guérie. Aucun traumatisme, aucune lésion des muqueuses voisines. Nulle part trace d'engorgement ganglionnaire.

Un troisième malade, quarante-cinq ans, très-vigoureux, entrait vers la même époque salle Saint-Jean, nº 36. Douleurs, insomnie, fièvre depuis sept jours, tumeur très-volumineuse de l'angle droit de la mâchoire; point de causes connues, fluctuation très-circonscrite; incision; pus louable, en petite quantité. Soulagement immédiat; guérison en trois jours.

Ces observations sont littéralement calquées les unes sur les autres. Deux fois j'ai trouvé la fluctuation au même endroit; j'ai incisé, j'ai promptement guéri.

Dans le premier cas, j'ai temporisé, puis j'ai pratiqué *trop haut* une incision qui est restée en dehors du foyer purulent. Un érysipèle, qui aurait pu être grave, a été le seul résultat de cette opération. Quelques jours plus tard, instruit par les deux autres faits, j'ai cherché la fluctuation dans le lieu d'élection, et cette fois le bistouri a fait merveille.

J'en conclus donc que c'est directement à l'angle de la mâchoire qu'il faut chercher le foyer, c'est-à-dire à l'endroit correspondant à la bourse séreuse; c'est là qu'il faut porter l'incision évacuatrice. La fluctuation peut être difficile à trouver, à cause de l'épaisseur de la peau et du peu d'étendue de la collection au début; mais, en résumé, comme la région n'est pas périlleuse, on pourrait sans crainte y porter l'instrument, ne dût-il agir que comme moyen antiphlogistique.

En résumé, si je n'ai pas démontré d'une manière irréfragable l'hypothèse que je propose, j'ai établi au moins en sa faveur de fortes présomptions, et je crois d'ailleurs, au point de vue pratique, une indication qui, si je l'avais connue, aurait préservé mon premier malade d'hésitations qui ont prolongé ses douleurs, et qui même auraient pu avoir des suites plus graves.

M. Follin. Les malades dont M. Verneuil vient d'entretenir la Société n'ayant ni reçu de coups, ni subi aucune violence, je ne vois pas dans la communication qui vient de nous être faite de raisons suffisantes pour admettre l'existence de l'inflammation d'une bourse séreuse. On sait, en effet, que les membranes de cette classe s'enflamment rarement d'une manière spontanée.

M. VERNEUIL reconnaît que les violences extérieures sont une cause fréquente de l'inflammation des bourses séreuses : aussi est ce seulement par exclusion qu'il s'est arrêté à l'opinion qu'il soumet à la Société. La coïncidence de trois malades affectés de la même maladie, dans la même région du corps, lui semble plaider en faveur de l'existence d'une cause anatomique spéciale.

M. LARREY, sans contester l'intérêt de la communication de M. Verneuil, ne pense pas cependant que l'on puisse assigner en général à la bourse muqueuse de l'angle de la mâchoire l'origine des abcès phlegmoneux circonscrits à cette région. Il ne croit pas non plus que cette cavité close soit comparable, par son siége même et ses rapports, à celle du coude ou du genou, qui d'ailleurs devient rarement le point de départ d'abcès péri-articulaires. Il a vu enfin bien souvent des phlegmons et des abcès du cou, presque aussi fréquents que les adénites dans l'armée, et offrant les formes les plus appréciables de délimitation sous-maxillaire, sans provenir de l'angle ni de la bourse dite muqueuse de la mâchoire.

Mais M. Larrey insiste sur l'opportunité de l'ouverture même prématurée du foyer phlegmoneux ou purulent, avec la précaution de le ponctionner d'abord, sans l'inciser, et de dilater la ponction avec un instrument mousse, tel que la sonde de femme, sauf à débrider secondairement l'ouverture pour mieux assurer l'écoulement du pus.

M. CLOQUET. Aux objections qui ont été faites à M. Verneuil, je peux en ajouter une qui a bien sa valeur : si les collections albumineuses sont fréquentes dans les bourses séreuses, la suppuration s'y montre très-rarement. Je profiterai de cette communication pour rappeler une pratique à laquelle j'attache de l'importance. Comme dans les tuméfactions qui ont leur siége sous la mâchoire inférieure, il est toujours difficile de reconnaître la fluctuation, à cause de la résistance opposée par l'aponévrose qui existe entre le pus et le tissu cellulaire sous-cutané, qui est le siége d'un empâtement plus ou moins considérable, je fais une ponction avec la pointe d'un bistouri jusqu'à l'aponévrose, dans le point précis où la douleur s'est d'abord fait sentir; puis, introduisant une sonde cannelée par cette ouverture, je traverse l'aponévrose, et, si un peu de pus s'écoule, j'agrandis la plaie avec le bistouri. De cette manière, je suis moins exposé aux dangers qu'une grande incision fait courir lorsqu'on la pratique dans une région extrêmement vasculaire.

M. MOREL LAVALLÉE aurait plus d'une objection à faire à M. Verneuil.

1° Il ne comprend pas pourquoi cette bourse séreuse sous-maxillaire aurait le privilége exclusif de s'enflammer spontanément, et, tant que l'autopsie n'aura pas démontré le point de départ de l'inflammation, il croit prudent de ne pas se prononcer.

2° Lorsque la maladie se développe sous les yeux du chirurgien, elle n'est point circonscrite et globuleuse comme si elle avait la bourse muqueuse pour point de départ; mais elle est de prime abord vague, étalée; c'est une sorte de gâteau, au lieu d'une tumeur petite et globuleuse.

3° Enfin, toutes les irritations de la tête aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, et cette circonstance suffit à expliquer la présence de l'inflammation de ces ganglions et leur atmosphère celluleuse.

NOMINATION.

Votants, 22; majorité, 12.
Les voix se répartissent de la manière suivante :

MM.	Depaul.	14 voix.
	Blot.	5
	Béraud.	1
	Bauchet.	1
	Fano.	1

M. Depaul, ayant eu la majorité des voix, est nommé membre titulaire de la Société.

— A quatre heures et demie, comité secret.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

Séance du 18 août 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Lebert et Bonnet (de Lyon) sont présents à la séance.

Tumeur fibro-plastique. — M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, demande la parole pour compléter l'observation de la tumeur qu'il a présentée dans la précédente séance. La malade, qui avait été pansée par le procédé en cuirasse ou par occlusion propre à ce chirurgien, n'a éprouvé aucun accident fébrile à la suite de la pre-

mière opération. En enlevant ce matin l'appareil, M. Chassaignac a été très-étonné de trouver une nouvelle tumeur pédiculée, égalant presque en volume la première ; il ne pense point que cette seconde tumeur soit en totalité une production nouvelle ; il se demande, au contraire, si après l'ablation la portion restée dans la paroi abdominale ne s'est point soulevée de manière à former la saillie qui existait, en même temps qu'elle a augmenté de volume.

M. Chassaignac, en face de cette nouvelle végétation, a cru devoir recourir exactement au même procédé employé pour l'ablation de la première tumeur ; seulement ici l'application de la chaîne a été favorisée par la forme pédiculée qu'avait prise le produit morbide, et l'extirpation a pu en être pratiquée sans effusion de sang ; des cautères actuels ont été éteints sur le pédicule afin de le détruire le plus profondément possible. M. Chassaignac montre à la Société la nouvelle tumeur, qui a la plus grande ressemblance avec la première, et il profite de la présence de M. Lebert pour demander à cet habile micrographe de vouloir bien se prononcer sur la nature de ce produit morbide.

M. LEBERT, n'ayant point de microscope à sa disposition, ne peut se prononcer d'une manière formelle ; mais d'après la consistance de la tumeur et l'absence d'un véritable suc, il est disposé, comme M. Follin dans la séance précédente, à croire à l'existence d'un tissu fibro-plastique un peu vasculaire.

M. HUGUIER demande ensuite si toute la tumeur comprise dans l'épaisseur des parois abdominales a été enlevée dans cette seconde opération, ce qui pourrait alors donner à la malade une chance de guérison. M. Chassaignac ne peut l'affirmer ; il a enlevé tout ce qu'il lui a été possible et cautérisé le reste, mais il craint qu'il n'existe encore profondément du produit morbide.

CORRESPONDANCE.

M. Louis Saurel fait hommage d'un exemplaire de sa brochure intitulée : *De l'importance de l'ophthalmologie*, Montpellier, 1858.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes annonce à M. le président qu'il a alloué cette année à la Société de chirurgie une somme de 400 francs.

— M. DEPAUL, récemment élu membre titulaire, et retenu chez lui par une indisposition, écrit pour remercier ses nouveaux collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en lui donnant leur suffrage.

— M. A. Decès remercie la Société de lui avoir décerné le prix Duval.

— M. Houzelot, membre correspondant à Meaux, adresse la lettre suivante à l'occasion de l'anévrysme traumatique de l'artère radiale, qu'il a présenté dans la dernière séance :

... « La tumeur anévrysmale, qui était parfaitement ronde au début, est aujourd'hui, c'est-à-dire quinze jours après le premier emploi de la compression indirecte, devenue fusiforme ; sous peu de jours probablement elle sera réduite à cet état de cordon fibreux qu'affectent les vaisseaux sanguins oblitérés. J'espère que ce renseignement lèvera les doutes émis par notre collègue M. Chassaignac sur la nature de la tumeur. »

— A l'occasion de la correspondance, **M. MARJOLIN** offre à la Société, de la part de M. le docteur Friedrich Günzburg, le 8e volume du journal intitu'é : *Zeitschrift für Klinische Medizin.* M. Günzburg demande à échanger régulièrement son journal avec les bulletins de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION.

Du redressement immédiat des membres atteints de coxalgie. — **M. BONNET**, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Lyon, expose sa *Méthode du redressement immédiat dans les coxalgies.*

S'il est des coxalgies dans lesquelles les os aient leur direction et leurs rapports normaux, il en est d'autres, en bien plus grand nombre, où les fongosités, les suppurations et les ulcères intra-articulaires coexistent avec des déviations et des luxations incomp'ètes.

La prudence oblige quelquefois de respecter ces déformations, et de ne faire aucune tentative de redressement et de réduction. L'âge avancé des malades, l'ancienneté des lésions, la solidité des adhérences, et surtout la complication de vastes abcès et des déplacements pathologiques, peuvent conduire à cette prudente réserve.

Mais lorsque des conditions différentes sont réunies, surtout lorsque l'âge des malades ne dépasse pas douze à quinze ans, il importe de replacer la cuisse dans une bonne direction. Comme je l'ai démontré surabondamment dans mes premiers écrits, on favorise de la sorte la résolution des engorgements, et on calme les douleurs, parce que l'on fait cesser la distension continue des parties molles placées sur le côté convexe des déformations, et les pressions anormales des os du côté de la concavité. De plus, on prévient par ce moyen une claudication grave et incurable, ainsi que l'impossibilité de faire une marche prolongée.

Lorsqu'un redressement est indiqué au genou ou au pied, deux mé-

thodes sont en présence : celle du redressement immédiat par une opération, celle du redressement lent et graduel par des machines. Il n'en est pas de même à la hanche; jamais dans les déformations de cette jointure l'on ne réussit à l'aide des appareils, à moins que la lésion ne date de quelques semaines; toujours l'on a besoin de recourir à une opération dans laquelle l'effort varié des mains se proportionne à tous les éléments de la difformité, et qui est suivie d'un long repos indispensable à la disparition des douleurs. Le redressement immédiat étant seul possible, et l'expérience démontrant qu'il réussit à merveille dans des conditions déterminées, nous devons rechercher les règles qui doivent présider à son exécution.

Mais pour aborder cette question pratique, il faut être bien fixé sur le diagnostic et sur les caractères de la difformité que l'on veut combattre.

Et d'abord une méthode d'observation est indispensable ; celle que je conseille consiste à placer le tronc et le membre sain dans une rectitude parfaite, ce qui est toujours facile si l'on fléchit suffisamment la cuisse malade. Cette rectitude établie, le dos reposant sur le lit dans toute sa longueur, et les épines iliaques étant au même niveau, on juge très-aisément de la direction du fémur altéré, ses rapports avec le bassin, comme vous pouvez le constater sur les dessins et sur les pièces d'anatomie pathologique que j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux.

En observant de la sorte, on reconnaît avec évidence que le fémur du côté de la coxalgie est toujours fléchi. Cette flexion, qui est habituellement celle de l'angle droit, est quelquefois indépendante de toute autre direction vicieuse; mais d'ordinaire elle est associée à l'inclinaison en dedans ou à l'inclinaison en dehors; à leur tour, ces inclinaisons se combinent avec la rotation : celle qui a lieu du côté interne avec la rotation en dedans, et celle qui a lieu du côté externe avec la rotation en dehors.

Enfin ces positions diverses sont toujours maintenues avec une fixité telle que les mouvements imprimés à la cuisse ne se passent pas dans la hanche, mais se communiquent au bassin, qui se déplace en totalité.

L'observation démontre qu'avec l'abduction coïncide un allongement apparent, et avec l'adduction un raccourcissement. Sont-ce là de simples coïncidences, ou y a-t-il rapport de cause à effet? Je n'hésite pas à répondre à cette dernière question par l'affirmative. Du moment où le fémur est incliné en dehors et tourné dans le même sens, l'allongement apparent est inévitable : voyez ce bassin sur lequel j'ai soudé un

fémur dans l'écartement, je place l'os de la cuisse dans la position verticale qu'il prend lors de la station debout, je le tourne comme la marche l'exige, de manière que le genou regarde en avant, et vous voyez que l'allongement de la cuisse se produit de toute nécessité.

Faites une expérience inverse, examinez ce bassin sur lequel on a soudé un fémur dans la flexion et l'adduction, vous verrez que dès que cet os est placé verticalement, et qu'il regarde dans le sens de la progression, il est plus court que celui du côté opposé de cinq à six centimètres.

Les choses se passent exactement de même sur le malade, et ne peuvent pas se passer autrement. L'allongement et le raccourcissement sont donc des effets inévitables des positions fixes que l'observation nous a fait connaître, et des directions que commandent les lois de la station et de la marche.

Ces faits bien démontrés, on voit que pour rétablir l'égalité de longueur des membres, il suffit de faire cesser la flexion, les inclinaisons latérales et les rotations vicieuses.

Mais que faire s'il y a luxation spontanée? Pour répondre à cette question, il faut savoir que dans la luxation pathologique la tête du fémur ne sort pas de la cavité cotyloïde, mais qu'elle remonte simplement d'un à deux ou trois centimètres dans l'acétabulum ulcéré et agrandi en haut et en dehors, ainsi qu'on le voit sur la pièce pathologique que je fais passer sous vos yeux.

Ce déplacement coïncide toujours avec la flexion et l'adduction, de telle sorte que deux causes de raccourcissement sont alors associées l'une à l'autre.

Si la luxation complique le raccourcissement apparent, on ne doit plus se borner à faire cesser la flexion et l'adduction, il faut combattre le chevauchement par des tractions, et, comme le déplacement pourrait se reproduire, il faut en prévenir le retour non-seulement en retenant le fémur, mais en l'inclinant en dehors, ce qui le place dans une situation où il arc-boute contre l'acétabulum et ne tend plus à chevaucher.

Le but une fois déterminé, il s'agit de connaître les moyens de l'atteindre. Or, la règle essentielle et générale, c'est qu'il faut, avant tout, assouplir la hanche, et, pendant l'anesthésie, lui rendre complétement sa mobilité. Ceux qui procèdent sans cette préparation au rétablissement de la rectitude tentent des efforts impuissants, s'ils agissent avec modération; ils s'exposent à fracturer les os, s'ils procèdent avec violence.

Il ne s'agit point, pour rompre les adhérences, d'exagérer une fois la flexion; mais il faut procéder par une série alternative de flexions et d'extensions douces, graduées, et allant jusqu'à la limite extrême des mouvements naturels.

En procédant de la sorte, on fixe solidement le bassin; puis on imprime à la cuisse un léger mouvement de flexion suivi d'un effort d'extension; on fléchit de nouveau, et l'on étend encore. Après ces mouvements alternatifs, faits avec plus de persévérance que de force, on finit, s'il n'y a pas d'ankylose osseuse, par ébranler le fémur.

Dans ces efforts graduels et ménagés, plusieurs minutes s'écoulent quelquefois avant qu'aucun mouvement ait été obtenu; les frottements deviennent ensuite de plus en plus sensibles, alors on procède aux mouvements de circumduction, puis à ceux d'extension, et on finit par rendre la mobilité à une hanche qui semblait complétement ankylosée.

Les manœuvres que je viens d'exposer suffisent chez les enfauts, et même chez les adultes, dans les lésions récentes et peu graves. Dans des cas plus difficiles, le rétablissement de la mobilité exige quelquefois des précautions spéciales. Ainsi, dans les luxations avec ankylose du fémur sur l'os des iles, je commence par imprimer à la cuisse un mouvement de va-et-vient dans le sens de son axe, je la repousse, puis je l'attire, et je la fais glisser ainsi dans la cavité cotyloïde, que nous avons dit, plus haut, être ulcérée et agrandie en haut et en dehors.

Enfin, il est des cas où, les mains des aides ne suffisant pas pour assurer la fixité du bassin, un appareil contentif devient nécessaire. J'ai coutume d'employer un étau matelassé, analogue à celui dont M. Pravaz se servait pour les luxations congénitales.

Quoi qu'il en soit de ces modifications particulières, le secret du redressement immédiat est dans l'assouplissement de la hanche que l'on veut redresser. C'est cet assouplissement qu'il faut obtenir avant tout; c'est faute de le connaître ou de savoir l'exécuter que la plupart des opérateurs échouent dans les difformités de la hanche. Si la solidité des adhérences le rend impossible, il faut renoncer au redressement et ne point passer outre.

Les adhérences rompues, la mobilité rétablie, on peut procéder au redressement des difformités et à la réduction des déplacements. Des tractions et des pressions convenables suffisent alors; le succès est en raison de la mobilité préalablement obtenue. Ici, des sections tendi-

neuses, sous-cutanées, trouvent naturellement leur place, je pratique le plus souvent celles des fléchisseurs et des adducteurs.

J'ai décrit dans mon *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* les procédés à suivre dans ces opérations. Il importe de ne pas s'arrêter sans avoir tenté des efforts persévérants. Souvent plus d'un quart d'heure de traction et de pression est nécessaire pour obtenir la rectitude désirée.

Quand le membre sur lequel on opère a repris autant que possible une bonne direction, il ne s'agit plus que de l'assujettir dans sa position nouvelle, et de le faire avec les précautions capables de prévenir, autant que possible, les douleurs consécutives. On peut employer dans cette intention ma grande gouttière en fil de fer recuit, convenablement matelassée; mais elle n'est point indispensable, et il est même préférable d'employer un bandage ouaté, cartonné et amidonné. Ce bandage réussit admirablement à prévenir le retour de la difformité, et à empêcher le développement de toute inflammation. Quand il a été placé convenablement, les douleurs peuvent bien se faire sentir pendant douze à vingt-quatre heures, mais elles ne tardent pas à se dissiper au bout de ce temps.

Cette assertion ne saurait être suspecte de partialité, puisque je parle d'une méthode contentive dont je ne suis pas l'inventeur, et que je me borne à confirmer les assertions de M. Seutin, de Bruxelles, qui a fait faire un pas si remarquable à la thérapeutique des maladies articulaires, par l'invention et la généralisation du bandage amidonné.

Il importe toutefois de bien établir que ce bandage ne prévient les douleurs que peuvent entraîner le redressement et la réduction immédiats du fémur, qu'autant qu'il est appliqué de manière à ne produire aucun contact douloureux, et à assurer l'immobilité la plus complète. De nombreuses précautions sont nécessaires pour atteindre ce but, et c'est parce qu'on les ignore, en général, ou parce que l'on ne consacre pas à la préparation et à la pose de ce bandage le temps très-long qu'il exige, qu'on en méconnaît les avantages.

Pour satisfaire à toutes les exigences, il doit embrasser non-seulement la hanche, mais tout le membre inférieur, et se composer d'une couche épaisse de coton, dont le contact doux prévient toute pression douloureuse, et d'attelles en carton mouillé maintenues par des bandes enduites de substances agglutinatives capables d'acquérir une grande dureté par la dessiccation. Il est indispensable aussi de lui donner une solidité immédiate. Pour remplir cette dernière indication, j'ai remplacé les attelles en carton sec de M. Seutin par des attelles en fil de fer recuit. Cette

modification mérite d'être adoptée, car ces attelles prennent aisément la forme qu'on leur donne, et quand on les a placées sur les faces antérieures externes et postérieures d'un membre et de la hanche, elles maintiennent avec sûreté la direction qu'elles ont reçue.

L'opération terminée, les douleurs se font sentir assez vivement pendant quelques heures, mais elles se dissipent, en général, au bout d'un jour ou deux; les enfants sont même si rapidement soulagés, qu'on peut les transporter à de grandes distances au bout de trois ou quatre jours. Ce transport m'a paru très-utile lorsque les parents habitent la campagne.

Pour ne parler que des quatre mois qui ont précédé la rédaction de ce travail, j'ai opéré en ville, et toujours sous les yeux de plusieurs médecins, sept enfants affectés de coxalgies avec de graves déformations; tous appartenaient à des familles pauvres, pour lesquelles un séjour prolongé à la ville aurait été trop dispendieux; tous ont pu être transportés dans leurs familles, à des distances souvent éloignées, du troisième au sixième jour. Ce que j'ai fait pour la hanche a été plus facile encore quand il s'est agi du genou ou du pied.

Je mentionne cette facilité de transport pour démontrer la simplicité des suites du redressement immédiat, et la possibilité d'associer à son emploi tout ce qu'exige la santé générale.

Quoi qu'il en soit, le bandage amidonné doit être maintenu pendant plusieurs semaines; en général, je le laisse pendant un mois à un mois et demi, en le renouvelant lorsque la propreté l'exige.

Dans cette période du traitement, je profite des indications de M. Seutin sur la possibilité de concilier la marche, à l'aide de béquilles, avec l'immobilité locale produite par le bandage amidonné. Cependant il vient une époque où la rectitude doit se concilièr aussi avec des pansements locaux et avec l'emploi de chaussures ordinaires. A cette période du traitement, on peut utiliser les grandes gouttières, dans lesquelles on dépose les membres et le tronc seulement pendant la nuit, et les tuteurs, qui facilitent la marche pendant le jour, et qui, s'adaptant aux chaussures ordinaires, empêchent le membre de perdre sa rectitude.

Je suis loin d'avoir envisagé sous toutes ses faces le vaste sujet que j'ai abordé; je n'ai rien dit de la cautérisation sous le bandage amidonné, à laquelle s'attache cependant une si grande importance, et je n'ai cité aucune observation: mais j'ai déjà occupé si longtemps la tr.-bune, que je crains de fatiguer votre bienveillante attention.

M. BOUVIER répond à la communication de M. Bonnet par la citation

suivante, qu'il emprunte au livre des maladies articulaires du chirurgien de Lyon, publié en 1853, p. 482: « Comme on le voit, la rupture » de l'ankylose est loin de réussir à la hanche comme au genou, et toutes » les objections qui s'élèvent contre cette méthode en général pourront » être justifiées par l'expérience. On peut craindre d'une part de ne pas » rompre les adhérences, et si l'on agit avec trop de violence, surtout » dans les mouvements de rotation en dedans, de fracturer l'os de la » cuisse. Chez les scrofuleux, le danger d'une inflammation aiguë et » d'une marche plus rapide vers la suppuration se joint aux autres mo» tifs d'hésitation ; enfin, on reste toujours dans l'incertitude d'obtenir » un redressement complet, et surtout d'avoir un membre assez solide » pour supporter la marche.

» De *nouvelles études* permettront sans doute de diminuer ces dan» gers et ces imperfections, mais quelles qu'elles puissent être, les dif» ficultés seront toujours plus grandes, et les résultats plus imparfaits » qu'au gènou. »

M. Bouvier en conclut aujourd'hui, d'après les faits exposés par M. Bonnet, que ce chirurgien a fait ces *nouvelles études*, qui ont modifié sa première opinion; il lui demande alors quelques éclaircissements relativement aux faits qui ont été cause, dans son esprit, d'aussi profondes modifications.

M. BONNET dit qu'il a fait connaître les principes du redressement des hanches dès l'année 1840 dans la *Gazette médicale de Paris*, et au commencement de 1844 dans son *Traité des maladies des articulations*. Il a cité dans ces mémoires les faits les plus probants pour démontrer que des malades affectés de coxite aiguë avec déformation se redressaient en quelques jours dans sa double gouttière des membres inférieurs, et que leur douleur se calmait dans la bonne direction et dans le repos que leur procurait cet appareil. Ce simple dépôt, il est vrai, dans un moule régulier, était insuffisant s'il y avait tumeur blanche, et à plus forte raison s'il y avait ankylose. Plus tard, M. Bonnet étendit à la hanche la méthode que Dieffenbach avait créée pour le genou, mais en lui appliquant les principes rigoureux qu'il a développés au commencement de sa communication, et il opéra ainsi le redressement immédiat des ankyloses de la hanche.

Le mémoire que M. Bonnet a publié en 1850 dans la *Gazette médicale de Paris* lui paraît établir suffisamment ces titres à cet égard; aussi ce n'est pas sans étonnement qu'en 1854 il a vu M. Behrend (de Berlin) s'attribuer la priorité de cette méthode. Pour justifier une semblable prétention, M. Behrend cite les passages du *Traité des maladies*

des articulations de 1844, de M. Bonnet, dans lesquels il a combattu la rupture de l'ankylose.

Mais la science avait marché depuis cette époque, et M. Bonnet avait marché avec elle ; ce n'est, dit-il, qu'en passant sous silence ses travaux ultérieurs, que M. Behrend a pu s'attribuer une priorité que M. Bonnet ne peut lui concéder ni sous le rapport des principes ni sous le rapport des procédés.

Quoi qu'il en soit, les quatre observations citées par M. Behrend viennent, dit M. Bonnet, à l'appui de celles que j'ai publiées, et doivent contribuer à répandre une méthode que son utilité fera pénétrer sans doute avant peu dans la pratique générale.

M. BOUVIER fait observer à M. Bonnet que sa réponse se rapporte plutôt aux procédés opératoires qu'à la phrase qu'il lui a citée, et qui est relative aux enfants scrofuleux.

M. BONNET répond brièvement que l'immobilité absolue du membre, qui par son appareil est en outre protégé contre toutes les variations atmosphériques, prévient cette inflammation.

M. MARJOLIN demande à quelle époque de la maladie il faut employer le moyen de redressement : est-ce dans la période aiguë ou chronique ? En entendant M. Bonnet, on pourrait croire que la coxalgie est une des maladies les plus bénignes ; ce n'est point l'avis du chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui la regarde au contraire comme très-grave ; il insiste donc pour savoir l'époque à laquelle il faut agir. Lorsque la nature a fait un pas vers la guérison, faut-il la troubler ? Lorsqu'il se produit une ankylose osseuse, que faut-il faire ? Il semble à M. Marjolin que l'on doit la respecter, dans la crainte de rappeler des accidents qui pourraient avoir pour le malade les conséquences les plus funestes.

M. BONNET. Le redressement immédiat des coxalgies convient surtout à l'enfance et à la jeunesse. Avant la douzième année, il offre des chances presque certaines de succès, à moins que l'on n'ait affaire à des déformations datant de plusieurs années, et accompagnées de trajets fistuleux nombreux et cicatrisés.

M. Bonnet, répondant plus directement aux questions de M. Marjolin, dit qu'il n'a pas voulu disserter sur la gravité des maladies de la hanche, qu'il reconnaît également, mais seulement sur la question thérapeutique ; il conseille de respecter les ankyloses osseuses, ainsi que les difformités qui s'accompagnent de vastes abcès froids. Il n'opère le redressement que si ces contre-indications n'existent point, et cela aux deux pério-

des; c'est à la période aiguë qu'il a appliqué pour la première fois la méthode, et il conclut que le redressement et l'immobilisation sont le meilleur moyen de traitement que l'on puisse opposer à la marche de la maladie. Dans l'état chronique, chez les enfants chez lesquels il trouve quelque trace de mobilité, il entreprend l'opération du redressement.

Il est vrai que la fixation du bassin, la rupture de l'ankylose, les sections sous-cutanées peuvent être indispensables; mais avec tous ces moyens, et souvent même sans y recourir, on peut ramener le membre inférieur, au moins en très-grande partie, dans une bonne direction. Ainsi, pour ne parler que des opérations pratiquées dans les quatre mois qui viennent de s'écouler, M. Bonnet a tenté huit fois le redressement immédiat des coxalgies.

Sur ces huit opérations, une seule est restée sans résultat; elle a été faite chez un jeune homme de dix-sept ans, dont la cuisse était pliée à angle droit depuis trois ans. Dans les sept autres cas, le redressement immédiat a été à peu près complet.

Si la proportion des réussites a été ainsi de sept sur huit, dit M. Bonnet, il faut l'attribuer à une coïncidence heureuse, à savoir : la grande proportion des enfants. Si la proportion des adultes eût été plus considérable, les insuccès ou les refus de tentatives auraient augmenté proportionnellement.

Du reste, ce n'est pas seulement dans la pratique de M. Bonnet, mais dans celle de plusieurs de ses collègues, que le redressement a été opéré. Depuis plusieurs mois, M. Valette, chirurgien en chef d'un service destiné aux enfants à l'hôpital de la Charité de Lyon, a fait du redressement la règle habituelle de sa pratique. M. Philipeaux (de Lyon) en a aussi fait plusieurs applications heureuses.

On ne doit plus s'attendre aux mêmes succès si des abcès par congestion sont réunis à la difformité. La cautérisation de ces abcès est loin de réussir comme au genou ou au pied, et lorsqu'ils sont ouverts spontanément ou artificiellement, le pus qui s'en écoule gêne l'emploi des moyens contentifs; en outre, ces abcès entretiennent une fièvre hectique à laquelle les malades finissent par succomber. M. Bonnet n'a réussi qu'exceptionnellement dans ce cas, et seulement lorsqu'il n'y avait qu'un seul abcès et qu'il existait des conditions favorables sous le rapport de la santé générale.

Chez les adultes, et même chez les adolescents, par conséquent passé la quinzième année, l'on éprouve des difficultés extrêmes de redressement, dès que les lésions datent de six mois, et à plus forte raison

d'une ou de plusieurs années. Les cautérisations révulsives n'ont plus que des effets incertains, et les cautérisations profondes et directes peuvent entraîner des accidents.

M. BOUVIER n'admet point, d'après l'examen des faits, que les luxations suite de coxalgies soient toujours différentes des luxations traumatiques; il cite, comme s'étant également occupés du redressement, M. Langenbeck, qui le premier dans ces cas a appliqué le chloroforme, puis MM. Crocq, Dieffenbach et Behrend. Il ne parlera que de la pratique des deux derniers.

Dieffenbach a publié trois observations; la première est de 1839, et ainsi résumée : « J'ai redressé la cuisse raccourcie et tirée en haut » par suite de carie de l'articulation de la hanche, au moyen de la sec» tion des muscles rétractés et d'une attelle droite. »

La seconde observation est de 1841 : « Contracture de l'articulation » de la hanche, section du muscle droit antérieur de la cuisse, exten» sion forcée du membre. Garçon de six ans, coxalgie depuis l'âge de » dix-huit mois, forte flexion, la cuisse très-rapprochée de l'abdomen, » abcès considérable datant d'un an. Traitement général; abcès ré» sorbé; rétraction permanente du droit antérieur, dur comme du bois » dans un effort pour étendre la cuisse. Section du muscle, redresse» ment partiel; redressement achevé par l'extension forcée avec les » mains et l'assistance des aides; longue attelle. Suppuration dans le » lieu de la section. Téguments en partie détruits. Guérison avec » raccourcissement. »

Troisième observation (1841) : « Fausse ankylose et contracture de » l'articulation de la hanche droite, section du muscle droit antérieur, » extension forcée. Garçon de dix ans; depuis de longues années carie » scrofuleuse de la hanche, résorption graduelle de la tête du fémur, » guérison de la coxalgie avec forte flexion. Section du droit antérieur, » extension forcée jusqu'à presque redressement; attelles en avant. » Petite suppuration de la piqûre; guérison avec raccourcissement. »

M. Behrend (de Berlin) a publié en 1853, 1855 et 1857, plusieurs cas de redressement forcé de l'articulation de la hanche, sans ténotomie. Une analyse sommaire de ces faits donnera une idée des résultats de cette méthode.

Ier CAS. — *Coxite rhumatismale, allongement apparent du membre par l'inclinaison du bassin, forte abduction et rotation de la cuisse en dehors, flexion du genou.*

La malade était âgée de vingt-six ans, circonstance à noter en raison

de la distinction établie par M. Bonnet par rapport à l'âge; l'articulation était immobile dans les efforts de rotation, soit en dedans, soit en dehors; ces efforts n'étaient pas douloureux.

M. Behrend décrit ainsi le procédé qu'il mit en usage :

« Le bassin, dit-il, étant fixé ainsi que le membre sain sur un lit à mécanique pour les hanches, au moyen d'un appareil convenable, et la malade étant chloroformée, je portai la cuisse gauche dans la plus grande flexion et dans la plus grande adduction possibles, en la tournant en même temps dans la rotation en dedans. Dès la première minute, et sans qu'on eût besoin d'employer une force excessive, nous perçûmes un fort craquement, et au même instant le bassin et les deux membres se trouvèrent dans la position normale. En même temps, à ma grande surprise, j'observai que l'articulation avait recouvré toute sa mobilité. Le membre malade fut alors ramené dans une extension complète, et placé, comme le bassin et l'autre membre, dans l'appareil du lit. »

Les suites de l'opération furent simples : pas de fièvre, quelques douleurs passagères dans le bassin et dans la hanche, point d'accident de nature à nécessiter un traitement antiphlogistique.

La malade était guérie au bout de trois mois. Il est à regretter toutefois que l'on n'ait pas eu de ses nouvelles ultérieurement.

2e Cas. — *Coxite rhumatismale; obliquité du bassin; abduction de la cuisse; flexion du genou; allongement apparent; guérison.*

Le sujet était un jeune homme de dix-sept ans. De même que dans le cas précédent, il y avait flexion de la cuisse, quoiqu'elle ne soit pas indiquée dans le titre de l'observation. De même aussi, les efforts de rotation ne produisaient aucun mouvement. On eut recours à la même méthode. L'effet immédiat fut semblable, si ce n'est que la tête du fémur ne recouvra pas la plénitude de ses mouvements de rotation. — Même traitement mécanique consécutif, puis gymnastique spéciale.

Il n'y eut point d'accidents; mais la mobilité ne fit pas de nouveaux progrès. Le malade fut présenté guéri à une société de médecine de Berlin, le 6 mars 1854, quatre mois après l'opération. *Il n'y avait pas de claudication.*

3e Cas. — Il s'agit encore d'un adulte, d'un jeune homme de vingt-six ans. Même attitude que dans les deux autres cas, c'est-à-dire *abduction* du membre et allongement apparent. L'opération eut le même résultat immédiat; mais la guérison fut retardée par un érysipèle typhoïde que l'auteur attribue à une influence épidémique, et par des ac-

cidents formidables de suppuration qui en furent la suite. M. B... ne dit pas quel était le siége de cette suppuration. Le malade finit pourtant par conserver, à peu de chose près, la position favorable que le redressement forcé lui avait procurée.

4e Cas. — Enfant de quatorze ans. *Abduction* permanente, forte inclinaison du bassin et allongement apparent du membre inférieur droit; nécrose du tibia gauche. Après l'extraction du séquestre et la guérison de la plaie, redressement forcé de la cuisse droite. Les adhérences furent rompues par des mouvements en tous sens ; la cuisse fut ramenée dans l'adduction, le bassin par suite redressé et l'égalité de longueur des deux membres rétablie.

Dans ce cas, dit l'auteur, « la *réaction* consécutive à l'opération nécessita pendant des semaines le traitement le plus actif. Il fallut des fomentations glacées, des saignées locales, pour conjurer l'orage. » Finalement, le malade quitta l'établissement de M. Behrend quatre mois et demi après la rupture de l'ankylose, dans un état assez satisfaisant pour être présenté à la Société de médecine comme un exemple, sinon de parfaite guérison, du moins de grande et très-notable amélioration.

5e Cas. — Sujet jeune, dont l'âge n'est pas indiqué. *Flexion* permanente de la cuisse gauche avec immobilité de l'articulation ; absence de douleurs : succès complet par le redressement forcé, suivi, comme à l'ordinaire, de la contention du membre et du bassin lui-même à l'aide d'un appareil orthopédique.

6e Cas. — Jeune homme de vingt-quatre ans. *Adduction et flexion* de la cuisse gauche, raccourcissement apparent, articulation immobile, pas de douleurs. Même succès que dans le cas précédent.

7e Cas. — Jeune fille de dix-sept ans. *Adduction* de la cuisse, obliquité du bassin, raccourcissement apparent ; mobilité en partie conservée. Cet état durait depuis onze ans. L'extension brusque n'eut cette fois aucun résultat. Huit mois et demi d'extension lente produisirent une grande amélioration.

8e Cas. — Enfant de sept ans. *Flexion* permanente de la cuisse gauche, mobilité très-bornée ; atrophie de tout le membre en épaisseur et en longueur. Extension forcée, application de l'appareil. « Il s'ensuivit, dit l'auteur, une *réaction* modérée. » On obtint le redressement du membre.

9e Cas. Enfant de cinq ans. *Flexion* et *adduction* permanentes, fausse ankylose ; rétraction des muscles demi-tendineux, demi-membraneux et couturier ; diminution de longueur du fémur. Section des

muscles rétractés, rupture de l'ankylose, traitement consécutif mécanique et gymnastique. Redressement du membre.

10e Cas. — Jeune fille de dix-sept ans. *Flexion* permanente de la cuisse droite depuis dix ans, fausse ankylose, diminution de longueur des os de la jambe. Le redressement forcé fut suivi d'une inflammation qui nécessita l'application de quinze sangsues. On n'eut pas recours aux applications froides, à cause d'une diathèse rhumatismale. Le résultat définitif fut une amélioration notable.

11e Cas. — Homme de trente ans. *Flexion* et *adduction* permanentes des deux cuisses, déterminées, douze ans auparavant, par une *double coxalgie* rhumatismale. Redressement forcé. Fixation des deux membres dans l'appareil du lit pendant deux mois. Il fallut, au commencement de ce traitement, recourir à plusieurs applications de sangsues. Les membres restèrent plus droits; mais les articulations des hanches conservèrent de la rigidité. Les cuisses n'étant plus serrées l'une contre l'autre, les fonctions de la locomotion, de la miction et de la défécation devinrent plus faciles.

On remarquera que, dans trois de ces cas (les 4e, 10e, 11e), la rupture de l'ankylose a été suivie d'accidents inflammatoires assez intenses pour nécessiter l'emploi des moyens antiphlogistiques.

M. VERNEUIL est grand partisan du redressement instantané dans les arthrites, et sous ce rapport il a adopté un des premiers les principes de M. Bonnet, en ce qui touche surtout l'arthrite aiguë du genou.

L'application des mêmes principes à la coxalgie lui parut d'abord plus effrayante; mais encouragé par l'exemple de M. Michon, par les faits de M. Behrend, et aussi poussé par les nombreux insuccès qui suivent les traitements ordinaires de la coxalgie, M. Verneuil se risqua à redresser à l'aide de l'anesthésie deux cas de coxalgie. A son grand étonnement, il ne trouva aucune résistance; cependant, comme il s'est contenté de corriger une seule des attitudes vicieuses, la rotation, et que la flexion a été conservée, M. Verneuil craint que sa tentative n'ait été insuffisante, et il demande sur ce point l'avis de M. Bonnet.

M. BROCA a depuis longtemps adopté les idées de M. Bonnet sur le redressement immédiat des articulations atteintes d'arthrite ou d'arthralgie; il a pris la défense de cette méthode dès la première discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans la Société de chirurgie, et il l'a appliquée non-seulement dans le cas de maladie du genou, mais encore dans les cas de coxalgie. Lorsque la rétraction des muscles s'oppose

au redressement du genou, M. Broca coupe sans hésitation les tendons qui résistent ; mais lorsqu'un pareil obstacle s'oppose au redressement de la hanche, la myotomie des muscles adducteurs ne peut se faire sans exposer à la lésion des branches de l'artère obturatrice ; elle y expose d'autant plus que, la section étant sous-cutanée, le chirurgien ne voit pas les parties qu'il divise. M. Broca demande donc à M. Bonnet quelles sont les précautions qu'il prend pour éviter d'atteindre ces branches artérielles.

M. Broca s'explique pourquoi M. Bonnet n'a pas vu à la hanche de véritable luxation spontanée à la suite de la coxalgie; c'est parce que ces luxations ne se produisent que lorsque le membre est laissé dans une position vicieuse ; il est donc naturel que M. Bonnet, qui place toujours le membre dans une bonne position, ait toujours réussi à empêcher ce déplacement. Mais M. Bonnet n'est pas autorisé, pour cela, à nier l'existence des luxations spontanées. M. Broca, comme M. Bouvier, en a vu des exemples vérifiés par la dissection. Il a vu la tête abandonner complétement la cavité cotyloïde ; une fois même, cette tête avait perforé les muscles fessiers, ulcéré la peau, et faisait saillie à l'extérieur.

M. Broca reconnaît, du reste, que la luxation spontanée est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, et que la plupart des prétendus déplacements de la hanche ne sont que des déviations, des attitudes vicieuses devenues permanentes par suite de la rétraction des ligaments ou des muscles. Le raccourcissement du membre n'est qu'apparent ; il est dû à la déviation du fémur et à l'inclinaison du bassin. Ces propositions, qui servent de base à l'exposition de M. Bonnet, ont déjà été nettement et habilement développées par M. Parise, dont M. Bonnet n'a pas eu le temps de rappeler les travaux. Mais il y a des cas nombreux où le membre est réellement plus court, et même notamment plus court que le membre sain ; c'est lorsque l'affection survient avant la fin de la croissance ; tout le côté malade subit alors un véritable arrêt de développement, et il en résulte un raccourcissement réel qui peut aller jusqu'à 10 centimètres et même au delà. Ce fait est bien connu de tout le monde. Hippocrate l'a très-clairement indiqué et expliqué dans le *Traité des articles*. Il est très-clair qu'en pareil cas aucune méthode ne peut avoir la prétention de rendre au membre sa longueur.

M. GUERSANT pose à M. Bonnet les questions suivantes : Avez-vous toujours guéri vos enfants? Avez-vous eu des hémorrhagies ? Combien de temps doit durer le traitement ?

M. BONNET, répondant d'abord à M. Verneuil, pense que ce chirurgien a fait une chose insuffisante; la capsule est restée distendue chez son malade, et le membre plié doit avoir de la tendance à s'incliner à droite ou à gauche. De plus, comme l'immobilité est nécessaire, sans quoi le redressement est même nuisible, il ne pense pas qu'il puisse s'obtenir ainsi.

Répondant ensuite à la fois à MM. Guersant et Broca, M. Bonnet dit n'avoir jamais eu d'hémorrhagies dans ses sections sous-cutanées; une seule fois il y a eu un petit suintement sans importance. Le seul malade qu'a perdu M. Bonnet, et qu'il a signalé plus haut, avait de grands abcès qui venaient de la hanche, et qui sont toujours une chose fâcheuse. Les malades, après le redressement, boitent; ils ne marchent point aussi facilement qu'avant la maladie, le jeu de l'articulation de la hanche est gêné, mais ils marchent néanmoins avec assez de facilité. Le traitement doit être suivi pendant quatre ou six mois.

Quant à la suppuration consécutive aux sections sous-cutanées et dont a parlé M. Bouvier, M. Bonnet ne l'a point observée à la suite de ces opérations; il attribue les faits de Dieffenbach à ce qu'à cette époque le membre n'avait point été assez bien immobilisé. En outre, il craint que ce chirurgien n'ait point fait un assez long canal sous la peau.

M. Bonnet, en terminant, dit qu'il admet qu'à la suite du redressement immédiat il peut survenir dans l'articulation une inflammation vive quand on ne fait pas le traitement tel qu'il l'a formulé. L'eau froide sur la hanche, appliquée par M. Behrend, lui paraît mauvaise. L'uniformité de température est ce qui prévient le mieux ces inflammations; aussi attribue-t-il une grande importance à l'épaisse couche de coton dont se compose l'appareil. Revenant ensuite sur l'objection relative à la luxation, M. Bonnet dit qu'il ne la met point en doute, mais qu'elle se fait le plus souvent par l'agrandissement de la cavité; il n'a vu qu'une seule fois la luxation analogue à celles qui se produisent traumatiquement, et le membre avait été abandonné à lui-même.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Pour le secrétaire, HOUEL.

Séance du 25 août 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

Redressement dans les tumeurs blanches. — M. MICHON prend la parole à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance. Je re-

grette, dit-il, de n'avoir pas assisté à la communication de M. Bonnet. J'aurais pu produire des faits et des considérations qui me paraissent de nature à faciliter l'appréciation de sa méthode, ou, si vous voulez, de la méthode qu'il emploie ; car il n'entre point dans mon intention de toucher à la question de priorité. Pour ne pas s'exagérer la valeur de ce nouveau mode de redressement, il ne faut pas oublier les résultats qu'on obtient avec les appareils. Or, avec les appareils, on réussit très-bien à corriger les attitudes vicieuses du membre dans la coxalgie. Pour ma part, je ne traite pas un seul cas de cette affection de la hanche, sans recourir à ce moyen, auquel je dois de nombreux succès, et des succès qui se sont maintenus ; car, remarquez-le bien, le redressement par les appareils a pour lui une expérience déjà longue, et c'est ce qui manque encore aux nouveaux procédés. Ce n'est pas, en effet, en assistant au redressement d'un membre, ou même à la réduction d'une luxation spontanée, qu'on peut juger de la valeur de la méthode suivie ; on a besoin d'être rassuré sur les dangers auxquels elle peut exposer, tels que les inflammations, les abcès, etc.; il faut voir comment s'est maintenu le rétablissement de la conformation des parties et à quel degré la jointure a repris ses fonctions ; il faut enfin le résultat définitif; sachons donc attendre.

J'ajouterai que les appareils laissent le membre à découvert et permettent de le surveiller à chaque instant; au contraire, dans la méthode que préconise aujourd'hui M. Bonnet, le bandage amidonné recouvre le siége du mal et en même temps l'œuvre du chirurgien. Si cette méthode n'est pas, en réalité, supérieure à l'ancienne, ce que le temps seul peut nous apprendre, je préférerais les appareils, qui ont encore cet avantage de permettre d'imprimer en temps opportun des mouvements à l'articulation.

Quant aux moyens de distinguer l'allongement ou le raccourcissement apparents de l'allongement ou du raccourcissement réels, on a rappelé l'antériorité du travail de M. Parise ; il faut y joindre encore celui qu'a publié M. Serres, d'Uzès, où les mêmes procédés d'exploration sont exposés.

M. BOUVIER, en présentant un jeune homme de dix-huit ans, s'exprime ainsi : Dans ce cas que je soumets à votre examen, il s'agit d'une fausse ankylose, consécutive à une coxalgie guérie depuis longtemps. Il y a là une difformité et une altération fonctionnelle de la hanche droite, qui offre deux problèmes à résoudre: d'abord, y a-t-il ou non luxation ? ensuite, dans l'une ou l'autre hypothèse, que convient-il de faire?

M. GOSSELIN. Il arrive que la luxation du fémur se produit dans le cours de la coxalgie; j'ai tenté et obtenu la réduction dans deux cas de ce genre; mais malgré l'emploi d'une gouttière très-analogue à celle de M. Bonnet, le déplacement s'est reproduit quelques jours après. Je regrette que le chirurgien de Lyon ne se soit pas expliqué sur ce point.

M. HOUEL. Mais M. Bonnet n'admet pas la luxation spontanée, et il ne devait rien proposer contre une lésion qu'il regarde comme imaginaire.

M. GOSSELIN. Quant au malade de M. Bouvier, je crois à l'existence de la luxation, parce que je crois sentir la tête du fémur dans la fosse iliaque. Je pencherais vers l'abstention, dans la crainte que les tentatives de réduction ne fussent infructueuses ou même dangereuses.

M. MARJOLIN. J'ai vu un cas où l'agrandissement de la capsule permettait sans rupture un déplacement de la tête à 2 centimètres en dehors du bourrelet cotyloïdien; si je ne me trompe, c'est d'un fait analogue qu'il s'agit ici, et pour moi il n'y a rien à faire.

M. GUERSANT. Chez ce malade il y a, suivant moi, diminution du volume de la tête fémorale et agrandissement de la cavité cotyloïde; ces altérations simultanées sont le résultat de la carie. Ce qui en impose pour une luxation, c'est le glissement de la tête dans une cavité disproportionnée, qu'elle semble avoir abandonnée, quand elle ne fait que se déplacer sur sa surface élargie. Quoi qu'il en soit, l'ostéite est guérie; le sujet boite, mais il marche; il n'y a rien à faire.

M. BOUVIER. Toutes les opinions qu'on pouvait émettre au point de vue de l'existence de la luxation se sont produites. Les uns l'admettent, les autres la nient; enfin il y a un diagnostic, en quelque sorte de conciliation, celui d'une subluxation. Pour moi, il n'y a de luxation d'aucune espèce ni à aucun degré; c'est tout simplement une attitude vicieuse. Voyez: en plaçant ainsi le sujet debout, les jambes croisées, la cuisse malade dans l'adduction, le bassin est dans sa position normale, les épines iliaques antérieures et supérieures sont sur la même ligne horizontale.

M. CHASSAIGNAC. Pas tout à fait.

M. BOUVIER. Les trochanters se trouvent aussi à la même hauteur.

M. CAZEAUX. Pas tout à fait.

M. BOUVIER. De chaque côté, la distance du trochanter à l'épine iliaque est la même; celle du trochanter à la ligne médiane, la même. Le trochanter n'est d'ailleurs pas plus en arrière que du côté sain. L'intervalle de l'épine iliaque et de la rotule est normal. On ne sent

pas la tête à la fesse, même en portant la cuisse à son maximum de flexion, au point de lui faire toucher le ventre. Je ne puis donc trouver là les signes d'une luxation. Tout s'explique, au contraire, par une position vicieuse, une adduction exagérée avec rotation en dedans, diminution notable de l'extension et surtout de l'abduction. Vous venez de voir que la flexion a conservé presque toute son étendue; mais avant que l'extension soit complète, le bassin se renverse en avant, d'où un peu d'augmentation de la concavité lombaire. Comme l'abduction est à peu près abolie, si l'on veut ramener la cuisse en dehors, à son attitude normale, l'articulation du fémur reste immobile, et c'est le bassin qui se meut sur le fémur du côté sain, en s'inclinant dans ce sens, c'est-à-dire à gauche. La rotation en dehors est également impossible, et si l'on tente de faire exécuter ce mouvement, il se passe tout entier dans le bassin, qui tourne sur la tête fémorale du côté sain. Quand le malade est debout dans son attitude ordinaire, la pointe du pied est un peu dirigée en dehors, ainsi que M. Boinet l'a fort bien remarqué. Cette direction dépend non pas de la rotation du fémur, mais de celle du bassin, dont le malade reporte instinctivement le côté droit en arrière, afin de neutraliser la rotation permanente de la cuisse en dedans.

Comme thérapeutique, s'il existe une luxation, il n'y a peut-être rien à faire. Si tout se borne à une attitude vicieuse, il peut paraître indiqué d'avoir recours au redressement progressif ou au redressement instantané.

M. CHASSAIGNAC demande la parole pour établir l'existence de la luxation; mais, plusieurs orateurs étant également inscrits, la discussion, après un nouvel examen du malade, est renvoyée à la prochaine séance.

Nouveau bandage herniaire. — M. le docteur Dupré présente et décrit un bandage de son invention, qui a parfaitement réussi dans les salles de MM. Nélaton et Robert.

« Figurez-vous, dit-il, une tige transversale en M répondant à la disposition de l'échancrure pelvienne, et pressant sur une ou deux pelotes ajustées sur elle au moyen de barrettes fenêtrées. Ces pelotes sont assujetties aux barrettes à l'aide de vis, qui permettent de les rapprocher, de les écarter, de les incliner et de les remplacer à volonté. Une demi-ceinture postérieure unie aux branches verticales de l'M, et se bouclant à la façon d'une patte de pantalon, assujettit le bandage dans la région lombaire. » (Commissaires : MM. Michon, Robert et Follin.)

Plaie de poitrine par arme à feu. — M. CHASSAIGNAC. Un jeune homme se tire un coup de pistolet dans la région du cœur; pas d'hémorrhagie par la plaie ni d'hémoptysie; rétraction du testicule gauche ; mort le cinquième jour. Ainsi que vous pouvez le voir sur ces pièces, la balle est entrée dans le péricarde, a déchiré la pointe du cœur sans pénétrer dans sa cavité; puis elle a glissé sur la voûte du diaphragme, entre le poumon et la plèvre, jusqu'au onzième espace intercostal, où elle s'est logée, en ouvrant cette membrane. Ce glissement inoffensif du projectile entre des parties aussi délicates m'a paru intéressant. Vous retrouvez les traces de la péricardite à laquelle le blessé a succombé.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Ici la position de la plaie du cœur correspond à celle du péricarde; cette corrélation peut manquer, ainsi que j'en ai vu un exemple, et ce défaut de parallélisme s'explique par les mouvements du cœur.

M. LEGOUEST. Je suppose que la balle était ronde, et non déformée; c'est une condition nécessaire de ce glissement, que nous ne retrouvons plus quand la balle est irrégulière ou simplement cylindroconique.

M. CHASSAIGNAC présente le projectile, qui est en effet parfaitement rond.

— M. LE PRÉSIDENT rappelle que le mercredi 8 septembre, il sera procédé à la nomination d'une commission chargée de présenter un rapport sur les candidats qui se seront fait inscrire pour la place de membre titulaire déclarée vacante.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

MOREL-LAVALLÉE.

Séance du 1er septembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

MM. LEGOUEST et BÉRAUD se portent candidats à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

— La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

T. Vanzetti, *Secondo caso di aneurisma dell' arteria ottalmica*

guarito colla compressione digitale della carotide, Padoue, 1858, in-8°.

T. Vanzetti, *Sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale*, Venise, 1858.

J. Tbiry, *Recherches sur les granulations considérées comme altérations spécifiques de l'ophthalmie purulente contagieuse*. Bruxelles, 1858.

— M. LARREY fait hommage à la Société des ouvrages suivants : 1° Marcelin Duval, *Traité de l'hémostasie et des ligatures d'artères*, 1re livraison, Paris, 1856, in-8°; 2° Kühnholtz, *Sur la régénération des parties molles du corps humain*, Montpellier, 1841, in-8°; 3° *Revue de la clinique ophthalmologique de M. Sichel*, Paris, 1837, in-8°; 4° enfin, 52 thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Continuation de la discussion soulevée à l'occasion de la présentation faite par M. Bouvier. — M. BOINET ne partage pas l'opinion de M. Bouvier. Le malade qui est soumis de nouveau à l'examen de la Société est affecté d'une luxation spontanée du fémur. La déformation de la hanche est un signe incontestable de cette lésion. Si le malade marche ou s'il est couché, il est impossible de méconnaître la rotation de la tête du fémur et l'inclinaison du bassin. D'où provient cette déformation? Les épines iliaques ne sont plus sur le même plan; celle du côté malade est plus élevée que celle du côté sain; le grand trochanter est plus en avant et la tête du fémur plus en arrière que dans l'état normal. Ce sont là pour M. Bouvier des signes incontestables de luxation; il a, dit-il, beaucoup insisté sur les signes distinctifs des luxations de la hanche dans un mémoire qu'il a publié en 1835, et auquel on a emprunté, sans le citer, les moyens de mensuration qui sont aujourd'hui admis par tout le monde. Pour lui, le jeune homme présenté par M. Bouvier a eu une luxation, consécutivement à une coxalgie, qui a duré plusieurs années, mais qui est guérie, et il ne reste plus d'autre lésion qu'une fausse articulation du fémur sur l'os iliaque.

M. CHASSAIGNAC, après avoir fait marcher le malade, croit que la tête du fémur est déplacée et roule du haut en bas sous les muscles fessiers.

M. BOUVIER. Je suis persuadé qu'il y a d'excellentes choses dans le mémoire que M. Boinet vient de nous rappeler, et qu'il a publié en 1835. Mais la science a marché depuis, et je crains que notre collègue, préoccupé par d'autres travaux, n'ait pu se tenir complétement au courant de ses progrès relativement au mécanisme des positions vicieuses dans la coxalgie. Ainsi, par exemple, l'obliquité du bassin n'est pas un

phénomène permanent, comme M. Boinet paraît le croire. Chez notre malade, en particulier, on fait cesser cette obliquité à l'instant même et on la reproduit à volonté ; il ne s'agit pour cela que de porter le membre dans l'adduction et de le placer ensuite de nouveau parallèlement à l'axe du corps, parce que le bassin et le fémur, immobiles et inclinés l'un sur l'autre dans le sens transversal, forment une sorte de levier coudé à angle aigu, dont une branche ne peut être droite sans que l'autre soit oblique. Or c'est là un fait très-important pour l'exploration ; car on ne se fait une idée juste de l'état du membre qu'en commençant par rétablir la situation normale du bassin par rapport à l'axe du corps ; c'est un point sur lequel M. Bonnet (de Lyon) a insisté avec raison dans sa dernière communication. Mais il en résulte une autre conséquence : c'est que, puisque l'inclinaison du bassin n'est que l'effet de l'attitude vicieuse de l'articulation de la hanche, elle disparaît d'elle-même, et avec elle toute la difformité, si l'on rétablit la liberté du mouvement d'abduction.

M. Chassaignac dit que la tête du fémur, chez ce malade, glisse de haut en bas et de bas en haut sous les muscles fessiers pendant la marche. Tout ce que je puis dire, c'est que je n'ai rien pu voir de semblable.

M. Gosselin m'a fait voir, à l'issue de la dernière séance, que la tête fémorale faisait saillie au bas de la fesse dans une forte flexion de la cuisse malade. J'ai été un moment embarrassé, je l'avoue, par cette particularité, qui semblait en désaccord avec tous les signes négatifs de luxation que j'avais reconnus. J'ai fait des recherches, et j'ai constaté qu'il se produit une saillie semblable de la tête chez les jeunes sujets dont on porte le membre dans une forte flexion, accompagnée d'adduction et de rotation en dedans, surtout si l'on choisit des cas où les muscles offrent peu de résistance, comme chez les paralytiques. L'attitude constante de la cuisse chez ce jeune homme, — adduction et rotation en dedans, — jointe à la flexion forcée, doit donc produire le même phénomène. La tête n'est pas pour cela luxée ; elle ne fait que rouler dans la cavité cotyloïde par l'effet du triple mouvement imprimé au membre, et elle soulève la capsule en arrière par une portion de sa surface qui sort du cotyle.

Cette saillie de la tête, beaucoup moins considérable que dans la luxation, a aussi un autre siége que dans cette dernière ; elle répond à la place qu'occupe le cotyle, et non au-dessus ou en arrière ; on ne la suit pas, comme dans la luxation, au delà de la cavité cotyloïde, quand la cuisse revient à l'extension.

Je trouve dans le commémoratif une autre preuve de la non-existence de la luxation. Je lis dans une consultation que j'ai donnée pour ce malade, il y a trois ans, qu'à cette époque, en ramenant peu à peu la cuisse dans l'abduction, — c'était alors possible, — on faisait disparaître complétement le raccourcissement du membre et la difformité. Or, ce raccourcissement et cette difformité sont aujourd'hui ce qu'ils étaient alors ; toute la différence, c'est que l'attitude est devenue fixe.

M. VERNEUIL ne s'étonne pas des dissidences soulevées par le malade de M. Bouvier. Pour lui, il n'y a pas de luxation, et son opinion est fondée sur ce que le grand trochanter a conservé ses rapports avec les saillies osseuses qui l'avoisinent ; il ne doute pas de l'exactitude des mesures prises par M. Bouvier ; le grand trochanter n'est point déplacé, comme M. Boinet le prétend, et il reste fixe pendant la marche. Ces symptômes suffisent pour repousser l'idée d'une luxation. Quant à la tête du fémur qui fait une certaine saillie en arrière, il en trouve l'explication dans une autopsie qu'il a eu occasion de faire avec M. Boulard ; un jour, pendant la distribution des cadavres à l'École pratique, il en aperçut un qui présentait à un haut degré le symptôme en question. Il suffisait en effet de fléchir la cuisse de ce sujet pour que la tête du fémur vînt faire saillie en arrière sous les muscles fessiers ; mais, comme chez le malade de M. Bouvier, la saillie disparaissait lorsque le membre était allongé.

Les craquements qui se produisent dans les mouvements de la cuisse ne prouvent rien ; ils rappellent ceux qu'on perçoit dans l'arthrite sèche, ou dans les cas d'hygroma, quand des franges fibreuses se forment à la fin de la maladie.

M. BOINET cherche à démontrer par l'examen du malade que le grand trochanter n'est pas à égale distance de la crête iliaque du côté droit et du côté gauche. Il y a, dit-il, un raccourcissement de plus de deux centimètres (assertion qui soulève de nombreuses réclamations).

M. GOSSELIN. S'il y a dissidence dans le cas qui nous occupe, c'est qu'il y a certaines analogies entre les déformations qui sont la conséquence d'une luxation et celles qui se produisent après les coxalgies guéries sans luxation. Les chirurgiens n'ont pas étudié suffisamment toutes les variétés cliniques des déformations qu'on observe à la suite des luxations spontanées, ou du moins ils n'ont pas eu l'occasion d'examiner attentivement après la mort les sujets qui avaient été soumis à des observations cliniques.

J'avais émis dans la précédente séance une opinion, que je croyais suffisamment fondée, sur la saillie de la tête du fémur en arrière,

symptôme auquel M. Bouvier m'a appris à tenir grand compte. J'avais, en outre, cru reconnaître que le grand trochanter n'affectait plus les mêmes rapports avec une ligne allant de l'épine iliaque supérieure à la tubérosité de l'ischion. Aujourd'hui, après un examen plus attentif, ces signes me semblent beaucoup moins prononcés, et je doute qu'il y ait luxation. Ce qui m'éloigne encore de l'opinion que j'avais primitivement émise, c'est que deux malades que j'ai dans mon service à l'hôpital Cochin, et chez lesquels il y a luxation évidente, me permettent de faire un rapprochement. Evidemment, chez ces malades, la tête du fémur est plus mobile que dans le cas de M. Bouvier, et le grand trochanter est manifestement plus élevé, par rapport à une ligne qui irait de l'ischion à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Je crois donc qu'il est difficile de se prononcer avec certitude.

M. RICHARD croit, au contraire, qu'il n'est pas possible de douter, quand, dit-il, la mensuration et tous les autres signes invoqués se réunissent pour donner un résultat identique.

Si quelques membres de la Société admettent une luxation, c'est qu'ils n'ont pas fait la mensuration après avoir eu la précaution de mettre les deux membres abdominaux du malade dans la même position.

M. MOREL-LAVALLÉE n'attache aucune importance aux résultats de la mensuration. Gerdy a soutenu cette opinion, qui est encore partagée par des chirurgiens dont l'opinion n'est pas sans autorité. Même pour les luxations traumatiques, M. Morel ne regarde la mensuration que comme un moyen secondaire. C'est bien autre chose pour les luxations spontanées, dans lesquelles la cavité cotyloïde et la tête du fémur ont subi des déformations plus ou moins considérables. Il trouve un dernier argument en faveur de l'existence d'une luxation dans le cas dont il est question, en ce que la tête du fémur roule sous les doigts non-seulement en arrière, mais encore de haut en bas lorsque la cuisse est fléchie sur le bassin.

M. GUERSANT insiste de nouveau sur ce qu'il a dit dans la dernière séance. Les altérations de la tête et de la cavité cotyloïde produisent la déformation sur la nature de laquelle il y a dissidence. Il est impossible qu'une coxalgie ait existé pendant plusieurs années sans avoir altéré dans leur conformation extérieure la cavité cotyloïde et la tête du fémur; la cavité, en s'agrandissant, a amené un déplacement de la tête du fémur qui n'est pas encore une luxation.

M. BROCA est de l'avis de ceux qui n'admettent pas la luxation. Il est, en effet, facile de reconnaître que les os ont conservé leurs rap-

ports normaux. Pour cela, mettant le membre abdominal du côté sain dans la flexion et dans l'adduction, on peut sentir ce que M. Bouvier a signalé chez les paralytiques. Répondant aux objections de M. Gosselin, il pense, comme M. Richard, que la déformation provient de l'inclinaison du bassin. Souvent, à l'amphithéâtre, on trouve des luxations apparentes qui disparaissent dès que les muscles qui recouvrent l'articulation ont été enlevés.

M. GOSSELIN ne croit pas que l'inclinaison du bassin suffise pour rendre compte de la déformation, qu'il rattache à un changement de forme survenu dans la cavité cotyloïde et dans la tête du fémur. Il admettrait pourtant volontiers qu'il n'y a pas de luxation, et il résume sa pensée en répétant que la question ne peut être éclairée que lorsqu'on aura eu l'occasion de faire l'autopsie des sujets qui dans le cours de leur maladie auront été étudiés attentivement.

M. MARJOLIN n'hésite pas à dire que la claudication du malade de M. Bouvier dépend de la déformation de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. Il reconnaît pourtant que le diagnostic est fort embarrassant, et cette difficulté le préoccupe au point de vue de la thérapeutique; s'il n'y a que luxation incomplète, il est d'avis qu'il faut s'abstenir. Si l'on opère, que deviendront les tissus raccourcis après la section? En opérant, on rejettera le malade dans la série des accidents auxquels il a échappé, et l'opération n'empêchera pas la tête du fémur de remonter au-dessus du point qu'elle occupe dans l'état normal. Pour ces raisons, M. Marjolin s'abstiendrait.

M. BOUVIER. Quelque opinion que l'on ait sur la situation de la tête du fémur, la question thérapeutique est celle-ci: Il y a une position vicieuse, peut-on la changer?

Quatre causes peuvent entretenir les positions vicieuses dans la coxalgie : la contraction musculaire, la rétraction, le raccourcissement des ligaments, les adhérences des surfaces osseuses.

La simple contraction des muscles ne peut jouer ici un rôle important. Les douleurs sont dissipées depuis longtemps; la maladie paraît guérie. On ne peut donc s'attendre à voir cesser toute résistance après les inhalations de chloroforme, comme dans un cas dont M. Verneuil nous a rendus témoins ces jours-ci.

La rétraction musculaire paraît exister chez notre malade. Dans les efforts pour produire l'abduction, on sent une corde très-résistante formée par les muscles adducteurs. Le sommeil anesthésique fera bien voir si c'est une véritable rétraction. Dans cette supposition, la téno-

tomie, suivie d'une action mécanique continue, ne peut-elle pas procurer une grande amélioration ? J'ai réussi, même dans la luxation congénitale, à augmenter considérablement l'étendue de l'abduction au moyen de la section des adducteurs rétractés.

Le raccourcissement d'une partie des fibres de la capsule doit également se rencontrer ici, comme le pense M. Marjolin. La rotation en dedans dépend sans doute presque uniquement de la tension de ces fibres. M. Bonnet n'hésiterait pas, je crois, à tenter de les allonger ou de les rompre par ses manœuvres de redressement forcé. Faut-il s'engager dans cette voie ? ou doit-on être arrêté par la crainte de produire des accidents, de renouveler peut-être l'affection dont ce jeune homme a été délivré ? Je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de mes collègues.

La quatrième cause, les adhérences, n'existe probablement pas dans ce cas, ou elle n'y est que secondaire ; l'étendue du mouvement de flexion montre que la surface articulaire du fémur ne peut être fort adhérente à la cavité cotyloïde. En tout cas, cette circonstance ne fournirait pas une autre indication que le raccourcissement ligamenteux, et soulèverait les mêmes questions.

M. GOSSELIN ne dira rien de la ténotomie ; les faits lui manquent pour asseoir sa conviction. Quant aux manœuvres qui sont faites dans le but de rendre aux membres leur direction normale, il a dans son service un malade, dont l'histoire ne manque pas d'intérêt, affecté d'une ankylose des deux fémurs dans leur articulation avec le bassin ; ce jeune homme ne pouvait, lors de son entrée à l'hôpital, ni s'asseoir ni marcher. En présence d'une pareille infirmité, M. Gosselin crut devoir soumettre le malade aux manœuvres indiquées par M. Bonnet (de Lyon). Le chloroforme ayant amené l'anesthésie complète, M. Gosselin, aidé de deux élèves, parvint à rompre d'un côté les adhérences, qui cédèrent en produisant un bruit tellement fort, qu'on eut un instant la crainte d'avoir fracturé le col du fémur. Aucun accident ne se manifesta, si ce n'est une douleur qui ne tarda pas à céder à l'immobilité. Mais les adhérences se reformèrent bientôt. La même opération ayant été faite du côté opposé, on prescrivit encore l'immobilité pour calmer la douleur, et bientôt le malade cessa de souffrir, mais les adhérences se reproduisirent.

On a ainsi recommencé sept fois de chaque côté en dix-huit mois, et, à chaque fois, on a gagné quelque chose sans qu'il y ait eu d'autre accident qu'un peu de douleur. Maintenant le malade peut s'asseoir, et le succès pourrait engager à continuer le traitement. M. Gosselin

pense, cependant, qu'il y aurait du danger à recommencer toujours, et, à cause de l'amélioration produite, il est à peu près décidé à s'arrêter.

M. LEGOUEST a vu M. Bonnet (de Lyon) pratiquer la ténotomie dans des cas où il y avait fixité du fémur sur le bassin, et il n'a pas trouvé que les malades eussent beaucoup gagné. Il a plus de confiance dans les manœuvres d'extension et de flexion pratiquées pendant que l'opéré est soumis à l'action du chloroforme. Tout récemment il a tenté de réduire de cette manière une luxation ovalaire qui s'est produite à la suite d'une coxalgie. Ayant soumis la cuisse du malade à de grands mouvements dans tous les sens, il parvint à déplacer la tête du fémur. Ce déplacement se fit avec un bruit de craquement, et le chirurgien put reconnaître que des muscles sous-cutanés venaient de se rompre. La cuisse, qui avant l'opération était dans l'abduction et dans la rotation en dehors, a maintenant une meilleure direction, et M. Legouest recommencera les mêmes manœuvres, sans espoir de remettre la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, mais dans le but d'améliorer encore la situation du malade.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade à qui il a enlevé la totalité de la lèvre inférieure et ruginé le maxillaire inférieur, que le cancer avait envahi. Il a fallu recourir à l'autoplastie pour reconstituer des lèvres. M. Huguier a eu recours à un procédé analogue à celui de M. Syme, et il a obtenu un résultat très-satisfaisant. Malheureusement un ganglion sous-maxillaire a acquis un développement qui annonce évidemment une récidive; mais M. Huguier fait remarquer que le cancer ne s'est reproduit ni dans la lèvre ni dans l'os, et que la récidive ne s'est produite qu'après trois ans.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOUCHER montre à la Société une pièce anatomique recueillie à l'Ecole pratique sur le cadavre d'une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans. Cette pièce offre un exemple de luxation coxo-fémorale. La tête du fémur est placée au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, et maintenue à une certaine distance de l'os coxal, qui n'offre aucune trace de cavité nouvelle. La capsule articulaire n'existe plus qu'à la partie postérieure, et la cavité cotyloïde, en partie effacée, a une forme triangulaire. L'os coxal ne présente aucune déformation, et les trous ovalaires ont la même forme de chaque côté. Le fémur, dont la tête est en partie détruite, est placé presque transversalement par une

forte adduction jointe à la flexion et à la rotation en dedans. Les parties molles rétractées maintenaient solidement cette position vicieuse, qui a pu être détruite lorsque ces parties ont été coupées; on remarquait autour de la hanche de nombreuses cicatrices, indices d'abcès ayant existé dans cette région.

En raison de cet état des parties molles, de la position du fémur, de la destruction presque complète de la capsule, de l'absence de déformation de l'os iliaque, et bien que la cavité cotyloïde ancienne ait l'aspect qu'elle offre dans le cas de luxation congéniale, M. Foucher se demande si l'on ne doit pas envisager cette pièce comme représentant une luxation consécutive à une coxalgie.

M. CHASSAIGNAC est d'avis que dans ce cas l'une et l'autre maladie peuvent avoir existé, mais que la coxalgie a été consécutive; qu'en un mot, c'est une luxation congéniale atteinte de coxalgie.

— M. FOLLIN présente une tumeur du volume des deux poings, qu'il a enlevée récemment par le procédé dont M. Chassaignac a plusieurs fois entretenu la Société.

Cette tumeur, étendue de la ligne courbe occipitale supérieure à la première vertèbre dorsale, s'étendait de l'angle de la mâchoire du côté droit à deux travers de doigt du côté gauche de la ligne des apophyses épineuses. Une longue incision courbe partant de l'occipital, et une incision transversale coupant la direction de la première dans son milieu, permirent d'inciser la tumeur de haut en bas en deux moitiés, dont la postérieure fut d'abord enlevée. Cette première extirpation facilita la dissection de la moitié antérieure, qui était appliquée sur les vaisseaux et nerfs de la région latérale du cou.

Le malade est dans un état très-satisfaisant.

— M. BROCA présente une pièce qu'il a recueillie sur le cadavre d'un enfant mort à l'âge d'un mois. C'est un nouvel exemple d'une hernie inguinale dans laquelle l'intestin hernié est en rapport immédiat avec le testicule.

— A l'occasion de cette présentation, M. DEPAUL dit qu'après avoir beaucoup étudié la question, il est convaincu que les hernies véritablement congénitales sont très-rares. Celles que l'on désigne ainsi ne surviennent que quelques jours après la naissance.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 8 *septembre* 1858.

Présidence de M. Deguise.

M. LEGOUEST, à l'occasion du procès-verbal, demande à compléter les observations qu'il a faites dans la séance précédente, et lit la note suivante :

« En disant que la myotomie est inutile dans le redressement des articulations, j'ai formulé une opinion peut-être trop absolue ; j'ai voulu dire simplement qu'elle n'offrait pas en général de grands avantages, et ne facilitait pas beaucoup les manœuvres du chirurgien, particulièrement dans le redressement appliqué à la fémoro-coxalgie. J'ai dit aussi que les opérations de ce genre que j'ai vu pratiquer par M. Bonnet (de Lyon) n'ont pas toujours eu un succès complet, c'est-à-dire que le but proposé, la rectification de la direction de la cuisse et du bassin, n'a pas toujours été atteinte et *maintenue* ; ce qui n'implique pas que M. Bonnet, depuis 1851, ne soit point parvenu à des résultats plus satisfaisants par des procédés plus parfaits.

Si je pense que la myotomie est inutile, c'est que je pense aussi que les rétractions musculaires ne sont que consécutives aux accidents développés dans l'article, accidents qui entraînent et commandent les déviations.

L'immobilisation de l'articulation par le malade, pour éviter la douleur, est le phénomène initial de toutes les coxalgies ; et cette fixité ou la limitation des mouvements de l'article ne sont obtenues qu'au moyen de certaines positions, soit dans le décubitus, soit dans la station ; ces différentes positions déterminent et fixent aussi l'état des muscles.

On a bien dit, jusqu'à présent, que dans les fémoro-coxalgies avec adduction du membre, on observait tels phénomènes ; que dans les fémoro-coxalgies avec abduction on observait tels autres ; mais l'explication de ces phénomènes entreprise par MM. Bonnet et Parise, et que demandait, dans la dernière séance, M. Gosselin à M. Richard, laisse encore des points obscurs à éclaircir.

M. Richard a invoqué les modifications pathologiques de l'articulation elle-même comme causes des déviations ; je suis aussi de cet avis, assez général, je crois, et que notre honorable confrère n'a pas cru devoir développer ; voici comment je m'en rends compte.

Dans la plupart des fémoro-coxalgies, une certaine quantité de liquide

s'accumulant dans l'article, oblige le malade à fléchir la cuisse et à la porter légèrement dans la rotation en dehors; si le malade est couché, ce qui arrive la plupart du temps, il ne peut reposer que sur le dos; or, dans cette situation, le membre ne serait pas soutenu, et, pour éviter la douleur, le malade soutient sa cuisse par un artifice qui consiste à infléchir le bassin du côté malade, à l'incliner en même temps de ce côté, et à tourner le membre davantage en dehors.

Il résulte de cette manœuvre, que l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus bas et plus en arrière du côté malade que du côté sain; que le membre sain, pour devenir parallèle au membre malade, se porte dans l'adduction; et que le sujet qui, dans cette situation, ne serait pas droit dans son lit, incline la colonne vertébrale du côté opposé à celui vers lequel est infléchi le bassin.

Dans la station debout, la nécessité de mettre les membres sur le même plan, sans communiquer de mouvements dans l'article, ou le moins possible, impose au bassin les déviations qui ont été décrites.

Cette situation peut persister, ce qui est rare, et le plus souvent elle se transforme en une situation tout à fait opposée : cela peut arriver du jour au lendemain, comme nous en avons été témoin plusieurs fois et par le mécanisme suivant : pour soulager la fatigue d'un décubitus constamment le même, ou bien le sujet s'incline davantage du côté malade, ou bien il se tourne de l'autre côté. Le premier mouvement favorise et prépare le changement de position du membre; mais la douleur que la pression de l'article, par le poids du bassin sur le lit, fait éprouver au malade, l'empêche de se mettre tout à fait sur le côté affecté : il se retourne alors complétement sur le côté sain, et, pour soutenir son membre, il le fléchit, le porte dans l'adduction, lui fait croiser l'autre cuisse, et pose son genou en avant d'elle sur le matelas. Il résulte de cette position sur le côté, même chez un homme bien portant, l'élévation de l'épine iliaque du côté qui ne repose pas sur le lit, et l'adduction du membre.

Si après être resté dans cette position, qui devient plus ou moins fixe, le malade se met sur le dos, afin de placer ses membres sur un même plan, il élèvera davantage l'épine iliaque, infléchira la colonne vertébrale sur le bassin du côté malade, la renversera en arrière, et fera exécuter au bassin, sur le membre sain, un léger mouvement de rotation qui reportera aussi en arrière l'épine iliaque.

Dans la station, il suspendra son membre au bassin par un artifice analogue.

Ces déviations bien connues me paraissent donc toutes résulter de

la fixité plus ou moins grande de l'article, imposée par le malade pour éviter la douleur.

S'il convient dans les cas de fémoro-coxalgies, de pratiquer la myotomie, cette opération devra donc intéresser non-seulement les adducteurs, mais encore le petit fessier, le psoas et iliaque, et comme l'avait proposé Mayor, la masse sacro-lombaire ; car tous ces muscles sont ou peuvent être plus ou moins rétractés, comme les adducteurs.

Aussi loin qu'on ait pu porter les sections sous-cutanées, j'hésiterais à pratiquer celles-ci, si elles étaient nécessaires; je les crois heureusement inutiles.

En effet, lorsque, en présence d'une fémoro-coxalgie au début, on chloroformise le malade pour opérer le redressement, souvent le relâchement des muscles, obtenu par l'anesthésie, suffit pour arriver au but; lorsque, en présence d'une coxalgie ancienne, le redressement n'est pas obtenu par la résolution musculaire, l'obstacle immédiat n'est pas dans les muscles, mais dans les altérations qu'a subies l'articulation, et quand on cherche à communiquer des mouvements, c'est dans l'article d'abord que les craquements se produisent; la déchirure des muscles qui résisteraient ne s'effectue que plus tard. Ils n'opposent pas une résistance invincible, attendu qu'on agit sur eux au moyen d'un bras de levier considérable et puissant, mesuré par toute la longueur du membre inférieur : leur rupture, en tout cas, expose à moins de dangers que leur section sous-cutanée, aussi habilement qu'elle soit exécutée.

Ce n'est donc que secondairement, lorsqu'on s'est bien convaincu que les obstacles à parachever le redressement résident dans les muscles, lorsque les manœuvres préalablement exécutées et suffisamment prolongées n'arrivent pas seules à ramener une direction convenable, qu'on pourra avoir recours à la myotomie.

M. Palasciano (de Naples) et M. Bonnet après lui ont insisté sur ce fait : que la communication des mouvements de flexion doit précéder les mouvements d'extension lorsqu'on opère sur le genou; ce procédé facilite beaucoup en effet les manœuvres du chirurgien. C'est aussi par la flexion que tout d'abord on doit, à mon avis, procéder au redressement de la cuisse sur le bassin; les tentatives d'extension restent presque toujours impuissantes, lorsqu'elles sont employées les premières, tandis que celles de flexion, plus facilement et plus puissamment dirigées, préparent à celles-là une issue plus heureuse, et permettent en général d'arriver à un résultat satisfaisant sans recourir aux sections sous-cutanées.

M. BOINET ne pense point, comme M. Legouest, que c'est la douleur de l'articulation coxo-fémorale dans les maladies articulaires de la hanche qui est la cause des déformations, des déviations que l'on observe. Il croit que ces déviations sont dues à d'autres causes, et en particulier à la rétraction musculaire. Ainsi il a observé que dans les sciatiques anciennes, dans les tumeurs blanches du genou, le bassin était notablement dévié, les épines iliaques n'étaient plus sur la même ligne, tandis que les trochanters avaient conservé leurs rapports normaux. Chez un infirmier que M. Boinet soigna pour une hydrarthrose, il constata l'existence d'une déviation du bassin, qui était due au raccourcissement des muscles de la cuisse, et après guérison, la marche put s'opérer normalement. La rétraction et l'habitude sont donc pour M. Boinet les deux principales causes des déviations des membres.

M. LEGOUEST demande à M. Boinet comment il s'explique alors les positions vicieuses des membres des individus qui n'ont point marché.

M. BOINET, s'appuyant sur la marche ordinaire des coxalgies, répond que les individus qui en sont atteints souffrent longtemps avant que de prendre le lit et que les phénomènes de rétraction qu'il a signalés ont pu alors s'effectuer. Il ne croit pas que si un individu prenait le lit au début, il se produisît des déformations.

M. GOSSELIN ne peut partager l'opinion de M. Boinet; il a eu l'occasion dernièrement de voir une petite malade qui a été prise instantanément de douleurs coxalgiques; il existait une déviation notable. La malade une fois endormie, le membre a été redressé, et le lendemain on retrouvait de nouveau la position vicieuse, à savoir: la courbure de la colonne lombaire, la déviation du fémur. M. Gosselin a même constaté ces déformations dans quelques cas de fractures du col du fémur, et pour la production de ces déformations on ne pouvait point invoquer la marche, qui dans ces cas était devenue subitement impossible.

CORRESPONDANCE.

M. H. Trélat, agrégé à la Faculté, écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

— M. Legendre, prosecteur des hôpitaux, se porte également candidat pour la même place. Il adresse, comme nouveau titre à l'appui de sa candidature, un exemplaire de son grand travail intitulé : *Anatomie chirurgicale homolographique, ou description et figures des principales régions du corps humain.* Paris, 1858; gr. in-folio.

— M. le docteur Chappelain, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, écrit

pour se porter candidat au titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande un travail manuscrit intitulé : *De la luxation sciatique du fémur*. (Commissaires : MM. Larrey, Maisonneuve et Gosselin.

— M. Letenneur, membre correspondant, adresse diverses observations imprimées sur un polype fibreux naso-pharyngien enlevé par fragmentation, sur une ascite guérie par injection iodée, et sur deux cas de kystes abdominaux tubaires.

— M. VERNEUIL présente à la Société les trois thèses suivantes :

De l'incision du voile du palais comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens; recherches historiques sur l'opération de Manne (d'Avignon), par M. Fouilloux;

Recherches sur la transfusion du sang, par M. Quinche;

De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux, par M. Petiteau.

— M. FOLLIN présente la thèse suivante :

Relation médicale d'une campagne aux mers du Sud, par M. Berchon.

— M. LE PRÉSIDENT fait observer à la Société qu'une vacance a été déclarée dans son sein il y a environ un mois, et qu'aux termes du règlement on doit procéder aujourd'hui à la nomination d'une commission de trois membres, qui sera chargée de dresser une liste de présentation des candidats par ordre de mérite. Dix-huit personnes prennent part au scrutin, et la commission est composée de MM. Cullerier, Richet et Gosselin.

LECTURE.

MM. Bastien et Desjardins donnent lecture d'une note relative à un *nouveau procédé de rhinoplastie.*

La commission chargée d'examiner ce travail est composée de MM. Morel-Lavallée, Ad. Richard, et Verneuil, rapporteur.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Doumic donne lecture de la note suivante, relative à un nystagmus double avec strabisme convergent de l'œil droit, épicanthus interne double chez deux enfants albinos (frère et sœur), qu'il présente à la séance.

Les deux petits malades que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société présentent un ensemble de phénomènes pathologiques curieux à étudier.

Adolphe Jorey, âgé de sept ans, né à Milly (Seine-et-Oise), est albinos : cheveux et cils complétement incolores, iris d'un gris bleuâtre très-clair, pupilles rouges: cette teinte du fond de l'œil s'aperçoit aussi sur certains points à travers le tissu de l'iris où le pigment uvéen manque complétement, tandis qu'il existe sur d'autres points.

Sa sœur, Joséphine, âgée de trois ans, également albinos, présente les mêmes phénomènes que lui du côté des yeux; nous y reviendrons tout à l'heure.

Ces deux enfants albinos sont nés d'un père et d'une mère parfaitement constitués, aux cheveux châtain foncé, aux iris bruns.

Le petit Adolphe, quoique d'un développement moyen, est néanmoins fort et vigoureux. La tête est volumineuse, mais régulièrement conformée, et l'enfant n'a jamais eu de maladie de l'encéphale, ni de convulsions; l'innervation s'accomplit d'une manière parfaite, l'intelligence est très-développée, tous les sens sont normaux; les yeux seuls présentent des anomalies singulières que nous allons examiner.

Les deux globes oculaires sont constamment animés de mouvements suivant le diamètre horizontal; ces mouvements toutefois ne sont pas très-rapides à l'état ordinaire, mais ils s'accélèrent beaucoup à la moindre impression morale. Ce ne sont pas seulement les muscles droits interne et externe qui sont le siége de ces contractions cloniques, de temps à autre les muscles obliques agissent à leur tour.

A ce nystagmus double, il faut joindre un strabisme convergent de l'œil droit: ce strabisme est dû évidemment au non-usage auquel cet œil est condamné depuis longtemps, l'enfant ayant pris l'habitude de ne se servir que de l'œil gauche, et en se rapprochant beaucoup des objets qu'il veut voir. Il est facile de s'en assurer en examinant la portée de la vision de chaque œil isolément: l'œil gauche peut lire à une distance assez considérable un caractère d'impression moyen; pour l'œil droit, au contraire, il faut rapprocher le livre; néanmoins la vision de cet œil est encore assez bonne.

En outre, il y a chez lui un léger degré d'épicanthus interne des deux côtés.

Enfin, ce petit malade porte une déformation de la partie antérieure droite du thorax, qui est bombée en avant; cette affection est due au rachitisme.

La petite sœur, âgée de trois ans, présente les mêmes anomalies que son frère, albinisme, nystagmus double et strabisme convergent de l'œil droit, mais à un moindre degré.

Comme on le voit, l'association de ces phénomènes est fort curieuse, surtout à cause de sa rareté.

Le nystagmus est souvent lié, dit-on, à l'albinisme ; les deux faits que je signale sembleraient confirmer cette assertion. Le strabisme se rencontre fréquemment avec le nystagmus, je l'admets encore. Mais ce qui fait l'intérêt de cette présentation, c'est la réunion chez le même sujet de ces trois phénomènes, auxquels il faut encore ajouter un double épicanthus. Toutes ces anomalies, bien que congéniales, ne sont cependant pas héréditaires chez les deux enfants Jorey ; le père et la mère sont parfaitement portants, et n'offrent aucun des vices de conformation que présentent leurs enfants ; ils sont, de plus, bruns tous les deux, et cependant ils ont des enfants albinos.

A ces seuls titres, ces deux petits malades sont déjà fort intéressants ; mais le point sur lequel je veux surtout appeler l'attention de la Société, c'est l'état de la vision chez ces enfants, comparativement à celle d'autres individus atteints de nystagmus, sans complication d'albinisme ni de strabisme. La Société comprend que je veux parler du malade présenté par M. H. Larrey dans le mois de mai 1855. Je me rappelle d'autant mieux l'histoire de ce malade, que j'étais encore chef de clinique de M. Sichel lorsque M. Boulongue, aide-major du 1er carabiniers, vint soumettre cet homme à l'examen de mon savant maître : Bonneuret, d'une taille de près de six pieds, portait un nystagmus double, dans lequel les mouvements étaient très-rapides et atteignaient le nombre de 180 par minute ; les yeux étaient saillants, la pupille dilatée, la vision presque nulle. Enfin ce malade ne parvenait à distinguer les objets qu'à la condition de les placer à sa gauche.

Au contraire, chez le petit Jorey, les oscillations ne sont pas aussi fréquentes, on en compte à peine 50 à 60 par minute ; l'œil droit, dévié en dedans, est animé des mêmes mouvements ; ces oscillations d'un œil strabique sont assez remarquables. Notre petit malade a les yeux médiocrement saillants ; la pupille n'est pas ordinairement dilatée, elle se contracte et se relâche rapidement sous l'influence de la lumière et de l'obscurité. La vision de l'œil gauche est bonne à une distance ordinaire ; l'œil droit est un peu plus faible, mais voit encore assez bien, et si l'on cache l'œil gauche momentanément, le strabisme disparaît aussitôt. Ce strabisme me paraît donc devoir être attribué, ainsi que la légère diminution de l'œil droit, à la mauvaise habitude qu'a contractée l'enfant de se servir exclusivement de son œil gauche, et surtout de se rapprocher beaucoup des objets qu'il regarde, tandis

que sa vue est suffisante pour qu'il se tienne à une distance plus considérable.

Vous savez, en effet, messieurs, qu'on observe fréquemment cette amblyopie acquise d'un seul œil, et quelquefois la déviation consécutive de cet œil, chez des individus qui, travaillant assidûment sur de petits objets, ont la malheureuse habitude d'approcher considérablement leur travail des yeux : les brodeuses, les piqueuses, les couturières, les teneurs de livres, etc., présentent souvent cette affection; aussi pensé-je que c'est principalement à cette cause qu'on doit rapporter l'infériorité de la vision de l'œil droit chez notre petit malade.

L'ophthalmoscope a confirmé notre opinion; dans l'œil droit comme dans l'œil gauche, les vaisseaux de la rétine ont leur développement normal; aucun état pathologique ne peut être découvert ni dans l'un ni dans l'autre. M. Follin, qui a eu la bonté d'examiner le malade avec moi, est arrivé à des résultats identiques. Il y a loin de là à un arrêt de développement des vaisseaux de la rétine, et à une saillie prononcée de la papille optique, signalés par M. Desmarres.

Le nystagmus congénial n'est donc pas nécessairement l'indice d'un état voisin de la cécité. J'insiste sur ce point, parce qu'il est généralement admis que le nystagmus s'observe principalement chez les aveugles de naissance, ou chez les enfants atteints de cataractes congéniales, ou enfin chez les individus dont la vue est très-notablement affaiblie.

Vient maintenant la question du traitement.

Que faut-il faire chez ces deux enfants atteints de nystagmus? Faudra-t-il diviser les muscles? Pas le moins du monde; on aggraverait leur état en donnant naissance à un exophthalmos. Faudra-t-il pratiquer la section du muscle droit interne pour remédier au strabisme de l'œil droit? Pas davantage; non-seulement cette opération est inutile, mais elle est encore dangereuse, le strabisme pouvant se produire en sens inverse, sans que la vision y gagne aucunement. On obtiendra, je crois, un résultat bien plus satisfaisant en exerçant fréquemment l'œil droit sur des objets gros et éloignés; c'est le seul moyen de rendre un peu de force à la vision de cet œil, et quand il aura une portée égale à celle de son congénère, il reviendra insensiblement au parallélisme.

Je crois qu'on se trouvera également bien d'empêcher les petits malades de trop s'approcher des objets qu'ils veulent regarder, et que leur vision des deux yeux pourra gagner notablement par l'exercice fréquent sur des objets éloignés.

Enfin je conseille de tonifier la constitution générale par les ferrugi-

neux, le quinquina, l'huile de foie de morue, etc., certain d'avance que la vision n'aura qu'à gagner à l'amélioration de l'état général ; la gymnastique, les bains sulfureux, les lotions froides, seront encore d'un bon emploi.

Quant à l'épicanthus, il est peu marqué, et ne gêne en rien la vision. Il n'y faut pas toucher.

Tels sont, messieurs, les moyens que je propose ; c'est sur leur opportunité en pareil cas que je viens demander l'avis de la Société.

M. GUERSANT accepte, quant au traitement, l'opinion émise par M. Doumic dans la note lue à la Société, mais il regarde comme utile, dans ces cas de nystagmus, l'emploi de la gymnastique oculaire, au moyen de lunettes dont le centre est transparent, tandis que la circonférence ne laisse point passer les rayons lumineux. Il conseille aussi les exercices qui obligent l'œil à fixer pendant un certain temps un objet éloigné, et en particulier le tir à l'arc. Ces exercices ont réussi à M. Guersant chez des jeunes gens atteints de strabisme.

M. CHASSAIGNAC, dans le nystagmus, a aussi employé la gymnastique oculaire; mais c'est à la volonté du malade qu'il s'adressait, et il a cherché à rhythmer ces mouvements irréguliers. Il faisait regarder le malade en haut, en bas, en dedans, en dehors, mais il n'a pu rien obtenir. Il a cru devoir aussi y adjoindre l'emploi de médicaments antispasmodiques, mais sans succès. Le chloroforme, pendant deux jours seulement, a suspendu les mouvements du nystagmus, qui sont revenus ensuite.

— M. MARJOLIN présente un petit malade atteint d'une luxation de l'indicateur de la main droite en arrière du deuxième métacarpien.

M. FOLLIN ne pense pas qu'il y ait luxation complète, le déplacement ne lui paraît point assez considérable; la forme générale du doigt, la saillie des tendons et du métacarpien ne sont pas sensiblement différentes de celles du côté opposé; aussi pense-t-il que sans tentatives très-énergiques on arriverait facilement à mettre les parties en contact.

M. MARJOLIN ne peut partager l'opinion de M. Follin. Il a examiné l'enfant pendant qu'il était plongé dans le sommeil anesthésique, et il lui a semblé sentir que les deux extrémités osseuses s'étaient complétement abandonnées; l'une fait saillie du côté de la face dorsale, l'autre de la face palmaire. Si la luxation était incomplète, comme le pense M. Follin, la réduction eût été facile; M. Marjolin la croit donc complète et un peu latérale en dedans.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BAUCHET présente une tumeur de la mâchoire inférieure qu'il a enlevée sur une jeune fille de vingt-cinq ans. Elle siégeait du côté droit au niveau de la seconde molaire. Cette tumeur, qui datait de huit ans environ, avait déjà été enlevée trois fois. M. Bauchet, craignant une nouvelle récidive, s'est décidé à pratiquer la résection de la mâchoire qui la supportait et avec laquelle elle faisait corps. L'examen microscopique a montré à M. Bauchet que cette tumeur était composée de tissu fibreux pénétré de lamelles osseuses. M. Broca, qui a également examiné cette tumeur, a confirmé cet examen.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

HOUEL.

Séance du 16 septembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

M. VERNEUIL. Puisque la question du diagnostic de la coxalgie est posée, voici deux faits qui tendent à démontrer que ce diagnostic est parfois plus difficile qu'on ne le pense.

OBS. I. — Jeune fille de vingt et un ans, chute sur le siége et quelques jours après contusion de la hanche, suivie bientôt de douleurs dans la région coxo-fémorale et de gonflement du pied. La malade prend le lit, et y reste pendant quatre mois sans interruption jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'affection fut successivement considérée comme un rhumatisme, puis comme une sciatique, et traitée par les ventouses et les vésicatoires répétés, puis par les inoculations de chlorhydrate de morphine avec la pointe d'une lancette. Ces moyens furent impuissants; les douleurs, parfois très-violentes, persistaient dans la hanche, le genou et le pied. L'attitude vicieuse que nous décrirons bientôt se produisit de très-bonne heure. Entrée à l'hôpital le 27 juillet 1858, salle Saint-Paul, nº 3.

Membre dans l'adduction, la rotation en dedans; la flexion au tiers environ; cambrure prononcée de la région lombaire; ascension et projection en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit; raccourcissement apparent de 3 centimètres; immobilité complète du membre maintenue par les muscles, les moindres mouvements communiqués étant fort douloureux. Douleurs intenses à la pression dans le

pli inguinal et le contour postérieur du grand trochanter. Le bassin et la cuisse malade se meuvent ensemble et paraissent soudés. La mobilité obtenue a son siége dans la colonne lombaire; irradiation des souffrances dans le genou et le pied; décubitus dorsal ou sur le côté sain, jamais sur le côté malade. Etat général assez bon; symptômes manifestes de chloro-anémie; coxalgie subaiguë de la forme la plus commune; attitude vicieuse prononcée sans aucun déplacement articulaire. Tel fut le diagnostic; tous ceux qui virent la malade, M. Bonnet (de Lyon), notre savant collègue M. Bouvier, l'adoptèrent pleinement. Mais bientôt je revins de ma première opinion. Après avoir prescrit sans résultat marqué les ventouses scarifiées, les applications émollientes et narcotiques, l'anesthésie fut obtenue avec le chloroforme, et je pus m'assurer de l'intégrité absolue de l'articulation; celle-ci exécutait les mouvements physiologiques les plus étendus *sans la moindre difficulté*, sans trace d'un frottement articulaire, d'une rétraction ligamenteuse ou musculaire quelconque, de la moindre adhérence des surfaces. L'articulation d'un cadavre à l'amphithéâtre n'eût pas été plus souple. Dans cette première séance, je me contentai de placer le membre dans la rotation en dehors et dans l'abduction, en laissant persister la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin; mais, après avoir entendu la remarquable communication de M. Bonnet et avoir d'ailleurs soumis la malade à son obligeant examen, je résolus de recommencer l'opération, et d'appliquer à la fois les idées de notre collègue de Lyon et son appareil inamovible fidèlement reproduit. La première séance n'avait d'ailleurs amené aucun autre accident que de l'inappétence et quelques troubles nerveux, que la malade elle-même, et par expérience, attribuait au chloroforme.

Le 30 août, nouvelle anesthésie en présence de MM. Bouvier, Duval et d'un public nombreux que ce fait intéressait, et qui a pu suivre les phases ultérieures du mal. Même liberté du côté de la jointure. L'appareil amidonné avec attelles de carton et de fil de fer maintint sans peine le membre dans l'extension complète.

Les troubles nerveux recommencèrent et durèrent trois jours, sans fièvre toutefois, et sans le moindre symptôme alarmant. La malade accusait des douleurs dans la hanche, le pied et le genou. Cédant à ses instances, je détruisis la portion pelvienne de l'appareil, ne conservant qu'une grande botte montant jusqu'à l'ischion et le pli inguinal. La jeune fille se dit fort soulagée le lendemain, et nous avoua que déjà à plusieurs reprises, et sans appareil, elle avait ressenti des douleurs aussi fortes que celles des jours précédents. Nous avions donc été

trompés sur la véritable cause de l'exacerbation, et nous avions involontairement cédé à un caprice. L'extension persista néanmoins, mais la rotation en dedans se reproduisit à un certain degré; les douleurs locales avaient beaucoup diminué dans le membre, et, avant de réappliquer l'appareil complet, nous voulûmes tenter la marche avec des béquilles.

Le 8 septembre, la malade marchait assez aisément une heure par jour. Bientôt après, la force revenant peu à peu dans le membre, les douleurs de la hanche avaient cessé, le pied portait complétement sur le sol, et sa pointe pouvait par l'action de la volonté être portée en dehors.

Le 13, la progression était facile avec une seule béquille.

Le 15, la malade, qui du reste était levée tout le jour, pouvait faire une dizaine de pas *sans aucun soutien.* L'appareil étant de plus en plus détruit fut enlevé; on resta vingt-quatre heures sans le réappliquer. Les douleurs et l'attitude vicieuse reparurent aussitôt, quoique à un degré beaucoup moindre que la première fois. La malade, qui désirait s'en aller, fut convaincue alors que la guérison n'était pas complète, et nous vîmes encore se confirmer les idées de M. Bonnet, qui recommande l'application prolongée de l'appareil. L'appareil sera réappliqué, et la marche reprise aussitôt que possible. Il est bien entendu qu'un traitement général convenable fut institué contre la chloro-anémie.

La Société sera informée des suites de cette observation, dans laquelle la guérison sera certainement obtenue.

Je veux seulement aujourd'hui rectifier le premier diagnostic. Je ne crois pas qu'on puisse confondre ce cas avec une véritable coxalgie, c'est-à-dire avec une affection inflammatoire des parties molles et des parties dures de l'articulation coxo-fémorale. J'y vois plutôt une attitude vicieuse entretenue par le système nerveux et les muscles péri-articulaires avec intégrité complète de la jointure. Je ne comprendrais guère, en effet, comment une arthrite datant de quatre mois aurait produit dans les éléments articulaires assez peu de ravages pour que nul vestige n'en fût appréciable par les mouvements, pour que le redressement brusque n'ait éprouvé aucun obstacle, et pour qu'enfin la marche, c'est-à-dire la pression et le jeu des surfaces diarthrodiales l'une sur l'autre, devînt possible après huit jours d'application d'un appareil tout à fait incomplet.

— L'autre observation est curieuse à un autre titre : c'est l'histoire d'un malade chez lequel le diagnostic fut changé au moins deux fois pendant le cours de la maladie. On abandonna l'idée première d'une

coxalgie pour celle d'un abcès péri-articulaire; puis on songea à une phlébite de la veine fémorale, et à l'autopsie on trouva à la fois l'abcès, la phlébite et la coxalgie. Mais le fait est assez important pour que quelques détails soient donnés (1).

M. BOUVIER fait des réserves sur la première observation. Le diagnostic posé par M. Verneuil, qui n'admet pas la coxalgie, ne lui paraît pas suffisamment justifié.

La contracture lui paraît symptomatique. On pourra probablement par la suite prononcer sur la question, que pour son compte il est loin de considérer comme résolue.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

J. Chapplain : *Mémoire sur les avantages et les inconvénients des divers systèmes de répression proposés jusqu'à ce jour.* (Mémoire de concours de 1853), in-8°.

J. Chapplain : *De l'influence des anciens hôpitaux sur les opérations chirurgicales.* Marseille, 1847, in-8°.

Mordret : *De la mort subite dans l'état puerpéral.* (Extrait des Mémoires de l'Académie impériale de médecine). Paris, 1858, in-4°.

— M. Foucher écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'extrait d'une observation adressée à la Société par M. Jean Oxamendi, de la Havane, docteur médecin de la faculté de Paris.

Fracture compliquée de jambe avec issue de fragments. Fracture transversale de la rotule du même côté. Traitement par l'attelle postérieure. Guérison. — Dans une des journées les plus chaudes du mois de juin 1857, M. Julian Fernandez, âgé de 55 ans, emporté par un cheval effrayé, fut précipité contre le tronc d'un palmier et de là sur le sol. Il se souvient qu'au moment de heurter le palmier, il chercha à amortir le choc en avançant la main gauche. Il voulut se relever, mais il retomba aussitôt et s'aperçut alors que sa jambe était cassée et que le fragment supérieur du tibia avait perforé la peau.

---

(1) Par une cause indépendante de notre volonté, l'observation ne sera publiée que dans le prochain compte rendu.

M. le docteur Oxamendi fut appelé et vit le blessé deux heures après l'accident. Il constata l'existence de plusieurs fractures, savoir :

1° Une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche à un pouce et demi environ au-dessus de l'apophyse styloïde. Cette apophyse était en outre détachée à sa base par un second trait de fracture, et offrait une mobilité indépendante.

2° Une fracture des deux os de la jambe gauche. La fracture du tibia était située à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de cet os ; elle était très-oblique, et la pointe du fragment supérieur faisait saillie à travers la peau déchirée. Le péroné était cassé un peu plus bas, à environ deux pouces au-dessus du sommet de la malléole externe.

3° Une fracture transversale de la rotule du même côté, avec un écartement notable des fragments entre lesquels la peau présentait une dépression large et profonde.

La fracture du radius fut facile à réduire et à maintenir. On appliqua deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, avec des compresses graduées. La consolidation se fit régulièrement, sans aucune difficulté.

Mais l'existence simultanée d'une fracture de la rotule et d'une fracture compliquée de la jambe du même côté suscitait pour le traitement des difficultés particulières. Sur le moment, et en attendant un meilleur appareil, qui ne fut prêt que le lendemain, on appliqua un simple bandage de Scultet.

Quelques heures après sa chute, le blessé fut pris de délire nerveux. Cet accident céda à l'administration de l'opium à la dose de 20 centigrammes en une seule nuit. Le second jour le bandage de Scultet fut enlevé et remplacé par l'appareil suivant : une longue et forte attelle, large de trois pouces, remontant jusqu'au milieu de la cuisse, descendant au delà de la plante du pied et garnie d'un coussin, fut appliquée sur la face postérieure du membre. Six trous pratiqués de chaque côté, sur les bords de cette planchette, donnèrent insertion à six larges liens, ou plutôt à six mouchoirs pliés en cravate, et décrivant chacun un cercle autour du membre. Les deux cercles supérieurs, légèrement obliques, contenaient la rotule et maintenaient rapprochés les fragments de ces os. Les quatre autres cercles étaient appliqués sur la jambe, laissant la plaie à nu par les pansements de chaque jour. Enfin, une sorte de kilo fut placé sous l'extrémité inférieure de l'attelle, de telle sorte que le membre, pendant tout le traitement, resta à la fois dans l'extension et dans l'élévation.

Les deux liens supérieurs ou rotuliens ne purent être serrés qu'au

bout d'environ une semaine, à cause d'une arthrite du genou qui s'était développée dès le second jour, ce qui nécessita l'application de 40 sangsues.

Il ne survint aucun autre accident. La plaie de la jambe se referma sans exfoliation. Au bout de cinquante jours l'appareil fut enlevé, et on trouva que la fracture de jambe était complétement consolidée; néanmoins, à cause de la rotule, dont le cal fibreux ne paraissait pas encore assez résistant, l'appareil fut appliqué de nouveau et maintenu encore pendant trente jours. On permit alors au malade de quitter le lit et de marcher avec des béquilles; mais, pour plus de sécurité, on entoura le membre d'une bande amidonnée qui resta encore en place pendant dix jours.

A ce moment, c'est-à-dire quatre-vingt-dix jours après sa chute, le malade ne pouvait encore marcher qu'avec des béquilles; mais deux mois plus tard, il marchait assez bien avec un simple bâton. Enfin, à la date du 29 mai 1858, près d'un an après l'accident, les fractures du membre étaient parfaitement rétablies. La jambe était à peine le siége d'un très-léger raccourcissement, et le malade marchait aisément sans aucun appui, avec une claudication à peine appréciable.

RAPPORT VERBAL.

M. FOLLIN fait un rapport verbal sur un travail imprimé et adressé à la Société de chirurgie par M. Middeldorpff. C'est un mémoire en latin sur les polypes de l'œsophage.

M. Middeldorpff a entrepris ce travail à propos d'un cas de polype de l'œsophage qu'il a observé et opéré.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, souffrait depuis quelque temps d'une dysphagie, lorsque, après avoir bu beaucoup d'eau, il vomit son polype qui remplit sa bouche. Il l'avala de nouveau. Après avoir exploré avec soin les parties, M. Middeldorpff plaça une ligature sur le polype, à la base de la langue, et l'incisa à trois quarts de pouce en avant de la ligature. Le malade avala de nouveau ce pédicule, et resta depuis cette opération sans nouveaux accidents.

M. Middeldorpff trace dans ce travail les règles que devra suivre le chirurgien pour opérer ces polypes.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la coxalgie. — M. BOUVIER présente deux nouveaux faits de coxalgie.

Je mets, dit M. Bouvier, sous les yeux de la Société deux nouveaux

cas de coxalgie, qui diffèrent l'un de l'autre à plusieurs égards, et qui diffèrent aussi du cas que j'ai déjà présenté, quoiqu'ils soulèvent les mêmes questions de diagnostic et de thérapeutique.

Désirée P..., âgée de trente-quatre mois, a eu la variole au mois d'octobre dernier, après avoir fait une chute la veille. Elle éprouva des convulsions le premier jour de l'éruption. On s'est aperçu, dans la convalescence de la maladie, que l'enfant boitait de la jambe gauche. Elle a été prise au mois de janvier d'une coqueluche qui a duré trois mois. La coxalgie a fait alors de tels progrès que la petite malade a cessé de marcher. C'est dans cet état qu'on me l'a présentée le 10 juillet. La sensibilité de l'articulation était extrême, et l'enfant jetait les hauts cris dès qu'on faisait mine de vouloir étendre le membre. Les douleurs ont diminué depuis cette époque, mais la cuisse reste fortement fléchie. Cette flexion est presque directe ou accompagnée de fort peu d'udduction et de rotation. Il n'y a pas d'abcès. Je ne trouve pas de luxation; ce n'est, je pense, qu'une position vicieuse. Ce cas, vous le voyez, se rapporte à la période aiguë de la maladie. Est-il indiqué de chloroformer l'enfant, de redresser le membre et de le maintenir ensuite avec un appareil convenable? Quel que soit le parti que l'on prenne, j'espère ne pas perdre la malade de vue et pouvoir communiquer à la Société la suite de cette observation.

L'autre enfant, Euphrasie B..., a cinq ans et demi. Elle a été affectée, il y a deux ans environ, d'une coxalgie du côté *droit*, pour laquelle on a fait une large application de caustique de Vienne sur le grand trochanter; on en voit encore la cicatrice. J'ai constaté, au mois de novembre de l'année dernière, qu'il existait un raccourcissement apparent du membre inférieur *droit*. Mais, en janvier, la hanche *gauche* fut prise à son tour; il y eut des douleurs très-vives, et le membre inférieur *gauche*, naguère plus long que le droit, devint peu à peu plus court. Je reconnus, en effet, le 20 mars, qu'il y avait raccourcissement *à gauche*, et je trouvai de ce côté tous les signes d'une luxation iliaque. Aujourd'hui les douleurs ont cessé; la luxation est des plus évidentes; les deux cuisses offrent un certain degré de flexion, moins marqué du côté droit; la cuisse gauche est, en outre, dans l'adduction et dans la rotation en dedans, la droite dans l'abduction; celle-ci ne paraît présenter qu'une position vicieuse sans luxation. On rencontre au côté externe de chaque cuisse un petit abcès superficiel, indolent. L'enfant est hors d'état de marcher seule, mais elle fait quelques pas avec des béquilles.

Cette coxalgie double offre quelque ressemblance avec celle d'une

jeune fille de dix à onze ans, que nous avons vu redresser par M. Bonnet le 19 août dernier, MM. Guersant, Richard et moi. Nous observâmes, dans ce cas, une circonstance assez curieuse. Nous avions tous cru, ainsi que MM. Nélaton et Malgaigne, qui avaient aussi vu la malade, à l'existence d'une luxation coxalgique *à gauche*, et d'une simple position vicieuse *à droite*. Lorsque M. Bonnet, à l'aide de l'éthérisation, fut parvenu à ramener les deux membres à leur direction normale par rapport au bassin, ils se montrèrent égaux en longueur, quoique la luxation du fémur gauche n'eût pas été modifiée. En recherchant la cause de cette singularité, nous découvrîmes une luxation toute semblable du côté droit, qui avait été dissimulée par l'abduction permanente du membre. Il y avait là, pour moi, à n'en pas douter, deux luxations congénitales suivies de deux coxalgies, bien que les parents aient assuré n'avoir remarqué aucun défaut dans la démarche de leur enfant avant le début des coxalgies, qui ne remonte pas au delà de février ou de janvier dernier.

Il est peu vraisemblable que la même circonstance se présente sur Euphrasie B... Néanmoins, il faut peut-être une nouvelle exploration pendant le sommeil anesthésique pour compléter le diagnostic.

Doit-on tenter la réduction de la luxation chez cette enfant ? Doit-on au moins essayer de donner une meilleure position aux deux membres?

A propos de la deuxième malade, M. MOREL-LAVALLÉE dit qu'il a interrogé la mère de l'enfant, et les réponses d'abord hésitantes de cette femme sont devenues ensuite bien plus décisives. Ainsi, après avoir dit que l'enfant marchait comme tous les autres enfants, elle a fini par déclarer qu'il ne marchait que le corps fortement renversé en arrière, et qu'il tombait avec une extrême facilité. De telle sorte qu'il est permis d'admettre l'existence d'une luxation congéniale.

A propos de la première malade, M. BOUVIER fait remarquer que l'opinion qui avait été prêtée à M. Bonnet, relativement à l'inopportunité de pratiquer l'opération sur les très-jeunes enfants, paraît peu exacte, car le chirurgien de Lyon lui a exprimé le regret de ne pas avoir été à même d'opérer l'enfant qui fait le sujet de cette observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA fait la communication suivante :

Dans le service de M. Jobert, qui m'est actuellement confié, j'ai été à même d'observer un malade qui a succombé dans des conditions tel-

lement extraordinaires, que je ne sais à quelle nature d'affection peut être attribuée la mort. Voici un résumé du fait en question :

Un homme de quarante-neuf ans, d'une forte constitution, entre à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une inflammation située dans la région hypothénar. L'extrémité d'une épingle s'était brisée, il y a environ seize ans, dans cette partie, et y avait séjourné depuis lors sans déterminer d'accidents. Mais, depuis quelque temps, le malade éprouvant de la douleur, vint se faire extraire ce corps étranger. L'opération fut très-simple, et le malade allait si bien lorsque M. Jobert me remit le service, qu'il avait reçu son exeat pour le lendemain.

Mais à ce moment apparurent des accidents nouveaux ; le bras devint rouge, se tuméfia, et sur le dos de la main se percevait une crépitation gazeuse manifeste. Je fis deux incisions sur la main et sur l'extrémité de l'avant-bras ; elles donnèrent issue à des gaz et à un peu de pus ; puis tout se calma, et le malade paraissait de nouveau guéri.

Deux jours après apparaissaient sur la cuisse droite trois plaques rouges, sans saillie, très-douloureuses. On appliqua sur ces taches du collodion.

Le lendemain, c'était la cuisse gauche qui était à son tour le siége de ces plaques. L'état général était resté bon jusqu'alors. Mais dans la nuit, des accidents graves apparurent, et le malade succombait à l'heure de la visite.

Autopsie. — Dans aucun point de l'économie ne se trouve de la suppuration ; on rencontre seulement un peu de pus dans les artérioles du poignet.

Les lymphatiques de la cuisse, les ganglions inguinaux n'offrent rien d'appréciable.

En incisant la peau au niveau des plaques rouges, on ne trouve aucune altération du tissu cellulaire sous-cutané ; mais en incisant plus profondément, on met à découvert les masses musculaires sous-jacentes réduites en un putrilage fétide, comme elles se rencontrent dans l'affection charbonneuse. La cuisse droite présente le degré le plus avancé de l'altération, qui se rencontre encore sur la cuisse et sur la jambe gauches.

Pour compléter les renseignements relatifs à ce malade, je dois dire qu'il exerçait la profession de peaucier.

Quelle est la nature de cette affection ? Je suis disposé à la considérer comme de nature charbonneuse. Y a-t-il relation ou simple coïncidence entre l'apparition de ces phénomènes si insolites et l'inflammation de la main ? C'est une question qui ne me paraît pas résolue.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un malade succomber avec des plaques analogues, mais cet homme était affecté de farcin.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne puis me défendre d'admettre chez le malade de M. Broca une affection charbonneuse, surtout lorsque je rapproche ce fait de deux autres que j'ai récemment observés. L'inflammation développée sur la main, par sa marche insolite, permet déjà d'établir un diagnostic d'autant plus facilement que l'homme était peaucier ; le développement du gaz pour une inflammation simple en apparence était déjà un motif puissant pour admettre un état général grave.

L'affection charbonneuse peut quelquefois, avant de se localiser, déterminer des accidents assez rapidement mortels pour ne pas permettre aux phénomènes locaux de suivre leur évolution.

Ainsi, dans l'un des faits auxquels je faisais allusion, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans ; elle est admise à l'hôpital Saint-Antoine avec des symptômes généraux graves. Elle portait sur le front une petite plaque semblable à celles décrites par M. Broca ; d'autres taches moindres se remarquaient sur le dos du nez. Le lendemain, la malade était morte. On trouva à l'autopsie une coagulation du sang dans les vaisseaux situés au-dessous de la peau altérée, et, en outre, des ecchymoses sur toute la surface des poumons.

Dans l'autre fait, il s'agit d'un employé du chemin de fer de Lyon. Il avait eu une pustule maligne sur l'avant-bras ; elle avait été cautérisée : il y avait encore une énorme tuméfaction du membre.

Sous l'influence d'un traitement approprié la santé redevenait parfaite ; le malade mangeait, se levait, quand il fut pris de frissons, d'une douleur vive dans la région vésicale, et il mourut subitement.

Dans ce cas, l'affection charbonneuse, un moment vaincue, en apparence du moins, tua ensuite rapidement le malade.

C'est évidemment une autre manière d'être de l'intoxication charbonneuse. Palliée seulement par le traitement local, elle pénètre la constitution d'une façon latente, pour ensuite faire une explosion tout à fait inattendue.

M. BROCA ne peut admettre entre l'inflammation de la main et le développement d'une affection charbonneuse une corrélation acceptable.

Quant aux gaz, il a été très-surpris de leur production. Mais, je le répète, dit M. Broca, tant que le malade a vécu, rien ne me permettait de croire à un état charbonneux ; c'est seulement après la mort que, par voie d'exclusion, je suis arrivé à formuler cette opinion tout hypothétique.

M. VERNEUIL pense que la question serait facilement résolue par l'inoculation des matières en putrilage sur la race ovine, le mouton étant l'animal le plus impressionnable au virus charbonneux.

M. LABORIE, à l'appui de l'opinion de M. Morel-Lavallée sur la possibilité de ne pouvoir, dans quelques cas, reconnaître l'affection charbonneuse, cite un fait qui s'est produit il y a quelques mois à l'asile impérial de Vincennes.

A la suite d'un repas, tous les malades et convalescents qui y avaient pris part, à l'exception de trois seulement, furent pris de diarrhée, et quelques-uns de vomissements. Après avoir recherché les causes d'une intoxication si générale, et n'avoir pu l'attribuer ni à l'eau, ni aux vases dans lesquels avaient été préparés les aliments, ni au vin, il fit l'examen de la viande de bœuf qui avait été servie la veille, une partie restait encore incuite. L'odeur et l'aspect de cette viande n'offraient rien de spécial; elle avait la meilleure apparence.

Mais en faisant des incisions dans la région fessière, je mis à nu, dit M. Laborie, des fibres musculaires profondes présentant exactement l'aspect des muscles décrits et présentés par M. Broca. Il devait y avoir, dans ce cas, une affection charbonneuse générale, et l'animal avait succombé, ou mieux avait été sacrifié, pendant que les symptômes locaux restaient encore latents; car, je le répète, rien sur les parties musculaires apparentes ne permettait de considérer l'animal comme atteint d'une affection aussi grave; et malgré les soins apportés à l'examen des substances alimentaires destinées à l'Asile impérial, on n'avait pu reconnaître l'altération que j'ai signalée.

Le secrétaire, A. LABORIE.

Séance du 23 septembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE.

DISCUSSION SUR LE CHARBON.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, M. BOINET, à propos de la présentation de M. Broca, cite le fait suivant :

Un boucher mourut pour avoir contracté le charbon en débitant un bœuf mort de cette maladie, et néanmoins l'animal cause de cette mort fut vendu et consommé sans qu'il en résultât aucun accident pour les consommateurs.

M. MOREL-LAVALLÉE dit que la question d'innocuité comme aliment de la viande des animaux morts du charbon est loin d'être jugée.

M. DEGUISE fils communique le résultat des expériences faites à Alfort par M. Reynal avec les débris cadavériques présentés par M. Broca. Un cheval a été inoculé trois fois sans succès. Du reste, M. Reynal, à l'inspection des muscles, a cru pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une affection charbonneuse. Il est juste néanmoins d'ajouter que l'extrême décomposition de la substance inoculée a pu rendre l'inoculation infructueuse. On n'a pu, comme le désirait M. Verneuil, faire l'expérience sur un mouton.

M. Deguise ajoute que l'opinion, sinon générale, au moins presque générale à Alfort, est que la chair des animaux sacrifiés lorsqu'ils présentent cette altération désignée sous le nom de *sang de rate* peut être impunément livrée à la consommation. Du reste, le nombre des animaux tués dans les abattoirs dans ces conditions de maladie dépasse un chiffre énorme; lorsque l'animal, au contraire, succombe avec le charbon, sa chair est considérée comme très-nuisible.

M. MOREL-LAVALLÉE s'étonne de cette distinction ainsi formulée; il est évident qu'un animal affecté de charbon encore local, sans symptômes d'intoxication générale, peut, s'il est abattu dans ces conditions, ne pas constituer un aliment nuisible : c'est donc seulement lorsque l'animal présente les symptômes généraux qu'il devient nuisible. Malgré le danger de la contagion en général, il y a des cas où le contact même prolongé des tissus affectés de charbon a lieu impunément. Ainsi on a pu disséquer pendant plusieurs jours sans éprouver d'accidents le cadavre d'un individu mort avec une pustule maligne, et bien plus, un élève de M. Rayer a pu impunément s'inoculer de la matière prise sur cette pustule.

M. BROCA. Chez certains animaux, le charbon spontané est très-commun; il ne présente pas encore de trace locale; c'est là ce qui constitue le *sang de rate*. Cet état précède l'explosion du charbon. Si on abat alors l'animal, il n'est pas encore nuisible; le contraire a lieu lorsque le charbon est apparu.

Quant au fait d'inoculation sans résultat pratiquée sur un élève de M. Rayer, il est assez rare pour n'avoir pas une grande valeur. Il faut ajouter encore que le charbon, étant une affection spéciale à certains animaux, est heureusement moins transmissible à l'homme qu'on ne semble le dire, et peut-être l'inoculation eût-elle réussi si elle avait été faite soit sur le bœuf, soit sur le mouton.

M. BOINET. M. Broca me semble ne pas être dans le vrai lorsqu'il signale l'espèce de difficulté que présenterait l'inoculation sur l'homme. Dans quelques pays, et surtout dans la Beauce, la maladie est si commune que dans certains villages les hommes qui ne portent pas les stigmates de l'affection charbonneuse constituent presque une exception, et par cette raison le nombre des guérisseurs dépasse tout ce qu'on pourrait imaginer.

M. CHASSAIGNAC insiste sur la manière toute successive dont procède l'intoxication charbonneuse. Ainsi, un individu se présente dans mon service, dit M. Chassaignac, affecté de pustule maligne du bras. Le membre était considérablement tuméfié; il y avait déjà dès symptômes généraux très-graves; dès qu'on eut pratiqué la cautérisation, ces symptômes s'amendèrent, et disparurent peu de temps après. Si cet homme n'avait pas été cautérisé, il succombait. La rapidité de la guérison après la cautérisation montre que le foyer primitif continuait à rester un foyer d'infection. Ce que je dis pour cette affection est aussi applicable aux cas d'inoculation d'autres substances vénéneuses. On sait la rapidité de l'absorption par les plaies ; eh bien, malgré la nature grave des accidents qui signalent un commencement d'infection de la constitution, on peut dans bien des cas vaincre le mal par la cautérisation.

M. BROCA, sans nier la fréquence du charbon dans certaines contrées, pense cependant qu'il ne faut pas admettre que tous ces stigmates, signalés sur un si grand nombre d'individus, prouvent que les hommes qui les portent aient été vraiment affectés de charbon. Le traitement confié aux empiriques ignorants peut bien souvent avoir été appliqué contre des accidents qui n'offraient aucun des caractères de la pustule maligne.

M. RICHARD appuie l'observation de M. Boinet sur la fréquence de la pustule dans la Beauce; et en réponse à M. Broca, sur l'inexpérience des patients et des empiriques, qui peut permettre de considérer beaucoup de malades comme n'ayant vraiment pas eu d'affection charbonneuse, il affirme, au contraire, que, loin d'aller au-devant du mal, les paysans attendent avec une extrême négligence que les accidents aient acquis un grand développement avant de se décider à subir la cautérisation.

L'observation de M. Chassaignac, dit M. Richard, me paraît parfaitement juste: la cautérisation, malgré l'intoxication générale même très-avancée, amène la guérison. Cette particularité n'est pas spéciale

au charbon ; on peut en dire autant des piqûres anatomiques, des plaies produites chez les ouvriers dans certaines conditions. On peut même, en étendant ce fait, l'appliquer aux plaies des amputations, lorsque sont survenus des symptômes d'infection purulente. C'est encore le même phénomène qui se passe, lorsqu'après l'ablation d'un cancer on voit les ganglions, qui, pour moi, sont bien véritablement le siége d'une invasion cancéreuse, perdre de leur volume et même guérir. Dans ces cas, l'invasion cancéreuse a été combattue à sa source.

M. VERNEUIL a aussi constaté la fréquence de la pustule dans certains pays. Seulement, il ne faut pas confondre deux affections qui au début semblables en apparence, offrent comme pronostic la plus grande différence. Je veux parler de la pustule proprement dite et de l'œdème charbonneux de la face. Cette dernière maladie guérit seule.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle, en citant deux vers de Virgile, que, dès la plus haute antiquité, il était reconnu que la peau des animaux morts du charbon pouvait donner cette maladie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, un travail de M. Fourquel intitulé : *Opérations de la pierre par la cystotomie, pratiquées chez l'homme adulte.* Toulouse, 1858, in-8°.

— M. MARJOLIN présente à la Société, de la part de M. Ulysse Créquy, la thèse inaugurale de ce dernier, intitulée : *Notice sur le croup et les affections diphthéritiques observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le 1er semestre de* 1858. Paris, 1858, in-4°.

COMMUNICATION.

M. Vanzetti fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de faire part à la Société du résultat que j'ai obtenu sur un malade affecté d'une carie grave de l'articulation du poignet, chez lequel j'ai désarticulé la main au lieu de suivre la méthode généralement employée d'amputer l'avant-bras.

Il s'agissait d'un homme d'environ vingt-six ans, dont la main droite se trouvait dans un état tel que l'amputation était indispensable. Cette main avait acquis un volume énorme à cause de l'œdème chronique symptomatique de l'affection des os malades : aux environs de l'articulation, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire, se trouvaient des ouvertures fistuleuses qui permettaient à la sonde de pénétrer dans l'articulation. Le membre malade, bien plus maigre que le gauche, ne pouvait exécuter aucun mouvement, se trouvant dans une

pronation constante : une fièvre hectique minait l'existence de cet homme, qui souffrait depuis deux années. Tous les chirurgiens qu'il avait consultés lui avaient fait connaître la nécessité de se faire amputer l'avant-bras, quelques-uns lui avaient même dit que pour être plus sûr du succès, il faudrait amputer le bras.

En présence de cette maladie, avant de procéder à l'opération, je me demandai ce que je ferais si, au lieu d'une main, je trouvais un pied dans des conditions pareilles : ferais-je dans ce cas l'amputation de la jambe au lieu d'élection ou au tiers inférieur?

Non certainement, car depuis l'année 1843, époque à laquelle j'ai eu le bonheur de voir à Édimbourg, dans la clinique de M. Syme, un homme opéré par la méthode qui porte le nom de cet illustre chirurgien, je n'ai jamais amputé une jambe pour une affection des os du tarse, mais j'ai toujours fait la désarticulation du pied en suivant exactement la méthode du célèbre professeur d'Édimbourg. Or, me disais-je, pourquoi ne pas agir de même dans une carie des os du carpe? La surface palmaire de la main n'est-elle pas analogue à la face plantaire du pied? Je pensai alors qu'après avoir abattu la main en conservant un lambeau bien long et large, soigneusement disséqué aux dépens de la face palmaire, dont les téguments sont fermes et résistants, j'obtiendrais un moignon qui serait protégé par une peau que la nature a justement destinée à résister au contact des corps rudes, aux froissements, à la pression, etc., etc. Avec un lambeau si long, la cicatrice sera forcément placée sur la partie dorsale du moignon, et par conséquent l'extrémité de celui-ci présentera une surface arrondie, lisse, étendue, précisément comme le moignon de la jambe après l'opération de Syme : la condition de ce malade mutilé sera bien meilleure si, au lieu d'avoir son avant-bras amputé vers le tiers moyen, il conserve même plus que la longueur du cubitus ; il aura, en outre, l'extrémité de celui-ci convertie en une espèce de massue parfaitement matelassée, qui rendra son membre mutilé propre à certains travaux, à s'appuyer, presser et même frapper, etc., etc. Il n'est pas nécessaire, Messieurs, de m'étendre sur la longue série des avantages qu'aura mon malade, même eu égard aux suites immédiates de l'opération, si celle-ci, entreprise d'après les idées que je viens brièvement d'énoncer, est couronnée de succès; ces avantages vous sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de vous les énumérer tous.

Je passe donc à la description de l'opération et je dirai quel en a été le résultat. Il faut cependant que je vous rappelle une circonstance qui augmente, je crois, l'importance pratique de ce

cas; c'est, comme je l'ai déjà dit au commencement, que non-seulement la surface dorsale du poignet, mais aussi la palmaire, au niveau de l'articulation, présentait plusieurs ouvertures fistuleuses, dont deux étaient si larges, qu'on aurait pu y placer un petit pois : cette fâcheuse complication n'est pas fréquente dans la carie de l'articulation du poignet, car le plus souvent les sinus fistuleux vont dans ces cas s'ouvrir aux côtes et à la partie dorsale seulement de l'articulation, comme dans la carie de l'articulation du pied il est bien rare qu'elles s'ouvrent à la surface plantaire.

Or, ces trajets fistuleux, qui étaient placés précisément à la racine du grand lambeau palmaire que je devais disséquer, pouvaient faire craindre qu'il ne tombât en gangrène, nonobstant sa richesse vasculaire qui constitue un autre de ses avantages sur le lambeau dorsal. Malgré cette complication, je persévérai dans l'idée que j'avais conçue de ne pas faire l'amputation du bras, mais la désarticulation de la main pour tailler le lambeau palmaire ; l'avant-bras dut être tenu perpendiculairement par un aide, qui avait saisi la main par les doigts, le coude du malade appuyant sur la table d'opération : cette position était nécessaire, la supination étant impossible.

Je fis deux incisions latérales : l'une, commençant au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, se prolongeait le long du côté du cinquième métacarpien ; l'autre, commençant à la même hauteur, longeait le premier métacarpien, passait au côté externe de l'éminence thénar pour aller rejoindre le côté externe du métacarpien de l'indicateur : les deux incisions furent réunies par une troisième courbe dont la convexité correspondait aux articulations métacarpo-phalangiennes ; je disséquai très-soigneusement ce lambeau des tendons fléchisseurs, qui restèrent à nu, et je redoublai de soin lorsque j'arrivai vers la racine, où se trouvaient les sinus fistuleux, pour lui laisser le plus d'épaisseur possible ; je taillai après un lambeau dorsal, convexe, à peine de la longueur d'un pouce ; ce lambeau était criblé d'ouvertures fistuleuses, et son épaisseur naturellement bien moindre que celle du lambeau palmaire.

Ces deux lambeaux une fois taillés, je les fis relever fortement vers le coude, de manière à avoir l'extrémité inférieure de l'avant-bras à nu. Après avoir abattu la main dans l'article, voyant l'extrémité des os privée de cartilage et couverte de fongosités grisâtres, je retranchai avec le couteau, en employant la force nécessaire, environ 6 millimètres de cette extrémité spongieuse. J'eus alors devant moi une surface osseuse d'une étendue plus grande que je ne l'aurais supposé ; mais

l'ayant trouvée parsemée de taches jaunâtres indiquant une dégénérescence graisseuse, je continuai à emporter des tranches minces jusqu'à ce que la difficulté pour le couteau de couper les os, en même temps que leur coloration normale et la résistance offerte à l'ongle, me donnèrent l'assurance que j'étais arrivé à une partie saine. Je n'ai pas eu besoin d'employer la gouge, comme je le fais dans la désarticulation du pied quand je trouve des points isolés ramollis ou simplement suspects, dont la présence pourrait compromettre le succès de l'opération.

Je réunis les lambeaux avec trois bandelettes de taffetas d'Angleterre, je jetai sur le moignon un voile humide, puis de la charpie sèche, et le tout fut maintenu en place par un triangle. Au quatrième jour, j'enlevai le premier appareil, qui était trempé de sérosité sanguinolente, en partie déjà desséchée ; excepté les deux angles de la plaie et sa partie moyenne, où le lambeau dorsal s'était comme affaissé et retiré du lambeau palmaire, sur tout le reste de la plaie une parfaite adhésion s'était opérée. Rien n'entrava la guérison, qui eut lieu sans remèdes ni topiques ni internes. On fit de simples applications sèches de charpie pour protéger la plaie. Les trajets fistuleux, après avoir fourni dans les premiers jours une sécrétion séreuse, ne tardèrent pas à entrer en une suppuration louable, et bientôt à se cicatriser.

Le malade, dont l'état général s'améliora, put être renvoyé guéri au bout de trois semaines. Son moignon, parfaitement solide, représentait un renflement en forme de massue, et avait la plus grande ressemblance avec le moignon d'une jambe opérée par le procédé de Syme, ou le poing d'un homme dont les doigts seraient adhérents à la paume de la main.

Je me propose de procéder de la même manière dans les cas analogues ; ce ne serait que dans les cas, certainement fort rares, où les téguments de la face palmaire et dorsale de la main seraient détruits ou totalement incapables de fournir un lambeau, que je procéderais à l'amputation de l'avant-bras.

Dans les traités de chirurgie on trouve, parmi les indications de l'*amputation*, la carie de l'articulation et la tumeur blanche du poignet ; je crois qu'il faut ranger ces affections parmi les indications de la *désarticulation*, ou excision des épiphyses malades, comme je viens de le faire.

Quand on pense qu'à part les cas traumatiques avec destruction complète des téguments de la main, la carie et la tumeur blanche sont les cas pour lesquels on fait le plus souvent l'amputation de l'a-

vant-bras, on conçoit combien va être rétréci le champ de cette grave mutilation.

Enfin, quant au procédé opératoire, je ferai observer que le lambeau palmaire, taillé de la manière que j'ai indiquée, étant plus large que l'extrémité inférieure du bras, forme un moignon dont les angles débordent considérablement, ce qui le rapproche de la main fermée.

Je ne sais pas si d'autres chirurgiens ont dans des cas pareils procédé comme je l'ai fait; cela pourrait bien être. S'il en est ainsi, cette observation sera une nouvelle preuve des bons résultats que donne cette manière d'opérer.

M. HUGUIER approuve de tous points la méthode préconisée par M. Vanzetti; les avantages de cette amputation sont flagrants, et peuvent être classés en immédiats et consécutifs.

Les premiers sont constitués par la moindre tendance des accidents inflammatoires à remonter vers le bras, par la rétraction moindre des parties molles.

Quant aux résultats avantageux consécutifs, ils se trouvent dans la forme et la résistance du moignon.

M. RICHET a suivi avec intérêt la communication de M. Vanzetti. Sans diminuer le mérite de l'application généralisée du procédé opératoire, il rappelle que ce mode de désarticulation est depuis longtemps décrit. Lisfranc le faisait exécuter dans ses cours de médecine opératoire, et il insistait sur les difficultés que l'on éprouvait pour dessiner le lambeau sans être arrêté par la saillie du pisiforme d'une part, et de l'os crochu d'autre part. M. Alphonse Guérin, dit M. Richet, le décrit également dans son *Traité des opérations*, et je l'ai aussi indiqué dans mon livre.

Je l'ai pratiqué une fois, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un malade qui avait eu la main écrasée; la peau de la face dorsale ne pouvait servir à la formation du lambeau.

M. HUGUIER fait remarquer la différence des indications tracées par M. Vanzetti, et c'est en cela que réside l'intérêt de sa communication. Lisfranc et les autres chirurgiens n'appliquent ce procédé opératoire que pour les cas de désarticulation de la main; M. Vanzetti en étend l'application même aux amputations de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

M. VANZETTI parle dans le même sens que M. Huguier; il n'a pas cru inventer un procédé opératoire, il en a généralisé et étendu l'application.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Gangrène de la main. — M. BAUCHET présente un malade pour lequel il demande les conseils des membres de la Société.

« Ce malade, âgé de trente-huit ans, d'une constitution assez forte quand il est entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, où je remplace M. Denonvilliers, est atteint d'une gangrène de plusieurs doigts de la main droite. » Voici en quelques mots son histoire :

Il y a une quinzaine de jours, le malade est venu à la consultation : il éprouvait depuis quelques jours des douleurs très-vives dans tout le bras, et présentait à l'extrémité de l'indicateur droit une petite tache noire, que je ne puis pas mieux comparer qu'à ces petites ecchymoses que l'on observe à la suite d'un pincement à une porte, à une fenêtre, ou à tout autre objet. Le malade, qui travaille l'argent, a les ongles éraillés par la lime ; il m'affirmait de la manière la plus positive qu'il ne s'était point blessé. Mais comme une contusion si peu importante pouvait avoir passé inaperçue, je fis appliquer une compresse d'eau-de-vie camphrée, et je recommandai au malade de revenir deux jours après, si tous les accidents ne s'étaient point dissipés.

Deux jours après, le malade revint ; la tache avait augmenté et acquis une étendue cinq ou six fois plus considérable, et une tache pareille à la première apparaissait sur le médius. Il n'y avait plus de doute possible, il s'agissait d'une gangrène envahissant les doigts de la main droite.

Je cherchai les battements de l'artère radiale, de l'artère cubitale, et je ne pus sentir la moindre pulsation. J'engageai le malade à entrer à l'hôpital.

Le lendemain, j'explorai avec soin les artères du membre malade. Point de battements dans l'artère radiale, cubitale et humérale. Je trouvai les battements à l'artère axillaire ; mais ils cessaient brusquement au niveau du bord inférieur du grand pectoral. A ce niveau, on sentait l'artère dure et obstruée dans une étendue de 2 centimètres environ. Le cœur n'était le siége d'aucun bruit anormal. Pas de souffle, pas d'irrégularité.

Depuis cette époque, les douleurs sont intolérables. Le malade est courageux, mais il ne dort pas, et souffre même assez, par moment, pour pousser des cris. Les battements se font sentir dans l'artère humérale jusqu'à 2 centimètres au-dessous du point où ils cessaient lors de la première exploration ; mais on sent toujours un cordon noueux, dur, dans une étendue plus considérable. Ce cordon est très-facile-

ment appréciable jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'artère humérale.

La gangrène a envahi entièrement l'indicateur et le médius ; elle est montée jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle commence ses ravages sur l'annulaire et sur le pouce. Les deux doigts (indicateur et médius) sont noirs, secs, et tout à fait insensibles, ainsi qu'on peut le voir. La chaleur diminue à mesure que l'on descend depuis la partie moyenne du bras jusqu'à la main, qui est froide.

Le malade dort peu, quoiqu'il prenne chaque soir 30 à 40 centigr. d'opium ; il a perdu l'appétit et maigrit beaucoup.

Outre l'opium à l'intérieur, je lui donne du vin de Malaga, du vin de quinquina, de l'extrait mou de quinquina, et une bonne nourriture.

Comme traitement local, j'ai fait appliquer un vésicatoire volant sur le bras, un autre sur le dos de la main, que j'ai fait saupoudrer de chlorhydrate de morphine; de plus, j'ai prescrit des cataplasmes arrosés de 150 à 200 gouttes de laudanum, renouvelés trois ou quatre fois par jour.

J'attends que la gangrène se limite avant d'en venir à une opération ; mais si le malade dépérissait, s'il était menacé de mort, devrais-je attendre encore et toujours, jusqu'à ce que la gangrène fût bien limitée, ou bien devrais-je amputer au-dessus du point où l'on sent les battements de l'artère du membre? Je demande les conseils éclairés de la Société. Je reculerai devant toute opération aussi longtemps que la vie ne sera pas sérieusement en danger, et même, s'il survenait des accidents très-graves, j'hésiterais encore si je ne sentais pas le point où existe l'obstruction artérielle. Mais le chirurgien, en face d'une mort imminente, ne doit-il pas intervenir quand il est sûr de pouvoir dépasser les limites du mal?

Un mot, en terminant, sur la cause de cette lésion. En raison l'âge du malade, de l'absence d'accidents antérieurs aux premiers symptômes de la gangrène, je rejette l'idée d'une ossification artérielle, d'une artérite, et je m'arrête à celle d'une embolie. Le fait que la circulation s'est rétablie dans une étendue de 2 centimètres, vient, je crois, confirmer ce diagnostic. L'embolie a été poussée en avant par l'ondée sanguine.

Il n'y a rien au cœur, aucun bruit anormal, c'est vrai; mais il ne faut qu'un petit caillot pour déterminer une embolie.

Enfin, signalons encore les douleurs intolérables qu'éprouve le malade.

M. HUGUIER est opposé à l'amputation avant que la marche de la

gangrène se soit définitivement arrêtée; car, si on ampute avant la délimitation naturelle de la mortification, on peut être certain de la voir se développer sur les moignons. On doit se contenter d'enlever les parties tout à fait mortes et dont l'odeur pourrait contribuer à rendre l'état du malade plus grave encore.

M. CHASSAIGNAC pense que dans certains cas l'amputation des parties mortifiées peut amener une grande somme de soulagement pour le malade. Il est bien entendu que, comme M. Huguier, il repousse l'amputation définitive faite avant l'arrêt du mal. Seulement il croit que dans certains cas la douleur est produite par l'état inflammatoire de la substance médullaire des os, qui, retenue par la résistance osseuse, éprouve une espèce d'étranglement que la section de l'os fait cesser. Un fait qui lui est propre semble justifier cette appréciation.

M. GUERSANT est également opposé à l'amputation avant la délimitation de la gangrène.

Stalactites osseuses développées dans l'épaisseur du fascia lata sur les deux cuisses. — M. FOLLIN présente un malade dans les conditions suivantes :

A la partie latérale et supérieure de la cuisse gauche, on remarque une production osseuse qui paraît être un fragment du fémur. Cette pièce osseuse, libre à son extrémité inférieure, devient très-saillante dans la peau quand le malade se baisse. Elle est adhérente à sa partie supérieure. Sur la cuisse droite on remarque la même disposition, mais à un bien moindre degré de développement.

Le malade s'aperçut pour la première fois de la présence de cette stalactite osseuse à la suite d'une chute; il crut avoir la cuisse cassée, mais il put néanmoins marcher.

M. RICHET pense qu'il s'agit d'une ossification du *fascia lata*.

M. HOUEL demande si ce malade est actuellement atteint d'une maladie de la hanche.

Chez des vieillards qui ont une affection de l'articulation coxo-fémorale, on voit naître de ces productions qui atteignent un développement considérable; elles ont pour point de départ le voisinage de la jointure. Elles occupent le plus souvent le muscle droit antérieur de la cuisse. Dans le cas actuel, l'ossification est bien dans l'aponévrose, mais elle doit procéder de l'os iliaque. Il doit y avoir une affection quelconque dans les articulations pelviennes. M. Richet a très-bien décrit ces stalactites.

M. CHASSAIGNAC considère ces productions comme des ostéophytes simples.

M. MARJOLIN a rencontré trois malades offrant ce genre d'affection. Sur l'un d'eux, les productions osseuses se rencontraient dans tous les muscles ; chez le deuxième, elles naissaient du bassin, et le troisième malade offrait deux stalactites osseuses sur les cuisses. Ce dernier fait mérite surtout d'être signalé, car il s'agit d'un enfant, et cette maladie est très-rare pendant la jeunesse.

M. RICHET rappelle comment, à la suite d'une opération pratiquée par P. Boyer, il a été amené à s'occuper de cette question. L'opéré offrait une ostéophyte de l'omoplate. Cette tumeur énorme fut enlevée à grand'peine, et on s'aperçut après l'opération que des tumeurs analogues se rencontraient dans plusieurs autres points de l'économie. Le malade succomba, et M. Richet a décrit le squelette avec le plus grand soin.

J'ai signalé, dit M. Richet, une particularité qui constitue un caractère spécial aux ostéophytes péri-articulaires ; c'est qu'en général elles sont symétriques. Chez le malade de M. Follin, les productions osseuses doivent naître dans les tissus fibreux péri-articulaires. Comme M. Houel, je crois à une affection de l'articulation.

Kéloïdes développés sur des cicatrices. — M. LEGOUEST présente un malade qui, à la suite d'une blessure simple de la région mastoïdienne, a vu se développer sur la cicatrice une tumeur kéloïde. On dut l'enlever, et elle récidiva deux fois. Aujourd'hui, elle est encore réapparue volumineuse comme un œuf. Le malade voulait s'en débarrasser à nouveau, mais M. Legouest se refuse à faire l'opération, parce qu'il a remarqué sur différentes parties du corps des productions semblables nées sur les plus simples blessures, même sur des excoriations légères, comme celles produites lorsque le malade se gratte avec ses ongles.

Il y a dans l'histoire de ce malade un fait assez curieux, c'est que cette disposition ne s'est produite chez lui qu'à la suite d'un voyage fait au Sénégal. Ainsi une cicatrice assez étendue du poignet, résultat d'une blessure faite avant ce voyage, est la seule qui ne présente aucune altération.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une pièce d'anatomie pathologique dont la description sera donnée dans une autre séance.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance du 29 septembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. DEGUISE fils, revenant sur la discussion soulevée dans les dernières séances sur la fréquence de l'affection charbonneuse dans certains pays, dit que dans un voyage qu'il vient de faire du côté de Chartres, il a pu constater combien, en effet, la pustule maligne était commune. En moins de deux jours, j'ai pu en voir deux cas. Un chirurgien, M. Poulain (de Châteauneuf), dont la pratique pour le traitement de cette affection est très-étendue, m'a appris que dans presque tout le pays on a abandonné la cautérisation avec le fer rouge. On pratique l'excision de la pustule, et sur la plaie on verse une très-grande dose de sublimé. M. Poulain m'a assuré que ce traitement, toujours efficace, n'était jamais suivi d'accidents, malgré la quantité de sublimé employée.

CORRESPONDANCE.

M. VELPEAU dépose sur le bureau la seconde édition de son *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*. Paris, 1858, in-8°.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Velpeau au nom de la Société.

— M. Bauchet écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

Quoique le délai de rigueur soit expiré, la Société, consultée par M. le président, décide que le nom de M. Bouchut sera inscrit sur la liste des candidats.

LECTURE.

M. FOUCHÉ lit un travail intitulé : *Note sur une variété de tumeur de l'orbite*. (Renvoi à une commission composée de MM. Huguier, Danyau et Verneuil.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur les travaux de M. le docteur Fabrizzi (de Modène).

La discussion et l'adoption des conclusions sont renvoyées à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Double kéloïde conjonctivale. — M. VERNEUIL présente un malade, qui, à la suite de l'introduction d'acide sulfurique dans les yeux, a vu se former sur la cicatrice de la brûlure dans chaque œil une bride de substance kéloïde, faisant adhérer la conjonctive oculaire à la conjonctive palpébrale. M. Verneuil hésite à pratiquer une opération, parce que le malade paraît prédisposé à avoir des kéloïdes. On voit, en effet, sur le cou, sur les points également brûlés par l'acide, des productions de ce genre. C'est là un fait qui mérite d'être rapproché de celui présenté par M. Legouest dans la séance précédente.

M. HUGUIER serait d'avir d'opérer, en engageant, après avoir détruit son adhérence, l'extrémité palpébrale de la tumeur dans une incision pratiquée à la partie déclive de la paupière et en l'y retenant par une suture.

C'est précisément ce mode opératoire que M. Verneuil se proposait d'adopter.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation de l'avant-bras en avant, compliquée de la fracture de l'olécrane et de celle de l'apophyse coronoïde. — M. MOREL-LAVALLÉE. Il y a dans la science trois exemples de la luxation de l'avant-bras en avant avec fracture de l'olécrane; il n'y en avait point encore avec fracture de l'apophyse coronoïde. Ce fait, dont vous avez les pièces sous les yeux, présente encore cette particularité nouvelle, que la luxation, au lieu d'être directement en avant, était en même temps en avant et en dehors. J'ajouterai que c'est le premier exemple où la fracture de l'apophyse coronoïde ait été reconnue sur le vivant.

Le 14 septembre dernier est entré dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 18, Alexandre Verlegen, garçon brasseur, âgé de trente-huit ans.

Il était couché dans une voiture que conduisait à pied un de ses camarades. Tout à coup le cheval s'emporte; il essaye de sauter à terre, mais il tombe sur le côté droit, et la roue lui passe de dehors en dedans sur la partie antérieure du coude.

Le lendemain, à la visite, le gonflement de l'articulation et des parties voisines était tel, que le membre paraissait avoir doublé de volume. Les reliefs et les dépressions qui fournissent des points de repère autour de la jointure avaient disparu. Si l'on ajoute que le blessé avait de l'embonpoint, était surtout puissamment musclé, on sentira

qu'il n'était pas permis de songer, pour le moment, à établir un diagnostic précis. Tout ce que je pus constater, c'était une fracture de la base de l'olécrane avec plaie pénétrant jusque dans l'articulation, qui évidemment était le siége de lésions plus graves, mais impossible à reconnaître actuellement.

Les mouvements actifs de l'avant-bras étaient abolis; mais tous les mouvements passifs, surtout l'extension et la flexion, conservaient presque toute leur étendue, sans s'accompagner d'ailleurs d'aucune agitation. Le pouls était comme du côté sain, ce qui montrait que l'artère humérale n'avait pas souffert.

Outre la plaie de la région olécranienne, une autre, également irrégu'ière, existait au côté interne du coude ; et une troisième en dehors, et des eschares, résultat immédiat de la contusion, sur plusieurs points du bras. — 40 sangsues, cataplasmes.

Les jours suivants, le gonflement ne fit qu'augmenter, en s'accompagnant d'une fièvre assez forte ; la peau est tendue, luisante. Un phlegmon diffus se déclare ; de larges débridements sont pratiqués.

Le 20, deux collections purulentes s'étant prononcées à la partie externe et inférieure du bras, et à la partie interne et supérieure de l'avant-bras, des incisions donnent issue au pus. Ayant introduit une sonde cannelée par cette ouverture, je l'y engage de bas en haut jusqu'au pavillon, profondément, dans le voisinage de l'humérus. L'index substitué à la sonde cannelée, le bras étant tenu dans la flexion presque à angle droit, dans cette plaie qui était au côté interne du coude, je trouvai la poulie humérale complétement libre et à nu, et l'avant-bras, placé en avant de l'extrémité humérale, et j'annonçai immédiatement une luxation en avant compliquée de fracture de l'olécrane; je trouvai également au bout du doigt, sur la face antérieure du bras, à trois travers de doigt au-dessus du coude, une grosse esquille mobile, que son volume, et surtout son éloignement de toute surface osseuse à nu — car elle reposait sur le brachial antérieur, — me faisaient reconnaître pour l'apophyse coronoïde.

Sa position, aussi élevée et aussi rapprocbée de la face antérieure du bras, pouvait d'abord paraître étrange, et cependant cette position s'explique tout naturellement par le transport de toute l'extrémité de l'avant-bras sur le bras, et par la flexion de l'avant-bras, qui rapproche cette apophyse de la face antérieure de l'humérus. Encore adhérente par le périoste à son côté externe, elle reprend sa place au pli du coude dans l'extension.

A ma seconde exploration, je constatai, le lendemain, que l'avant-

bras n'était pas directement luxé en avant, mais à la fois en avant et en dehors, de façon que l'extrémité tronquée du cubitus correspondait à la racine du condyle, c'est-à-dire à la place qu'aurait occupée le radius dans une luxation directe en avant.

Le samedi soir, 26 septembre, un violent frisson qui s'est répété le dimanche matin, nous a fait perdre l'espoir de lui conserver son membre, ce symptôme, surtout avec sa violence, annonçant pour nous la pénétration du pus dans le sang, car rien dans l'état du membre ni dans les viscères ne pouvait en rendre compte.

L'amputation est en effet pratiquée le lundi 27, assez haut, au niveau de l'insertion deltoïdienne, par la méthode à lambeaux antérieur et postérieur.

A l'examen anatomique de la pièce, on a trouvé, *dans les parties molles*, de vastes foyers qui s'étendaient depuis le coude jusqu'au tiers inférieur du bras et au tiers supérieur de l'avant-bras, en dedans et en dehors, mais surtout en dedans ; ces foyers, recouverts d'une épaisse fausse membrane pultacée, s'étendaient depuis la peau jusqu'aux interstices des muscles, et ils communiquaient avec les os fracturés, puisque le foyer des lésions osseuses articulaires en est même le point de départ.

Il y a effectivement une fracture de l'olécrane et de l'apophyse coronoïde, exactement au niveau de la base de l'olécrane, comme si la double fracture avait eu lieu d'un coup de hache perpendiculairement frappé.

La fracture de l'olécrane est transversale et siége un peu au-dessous de la partie cartilagineuse, en sorte que toute la cavité est restée appliquée sur la partie sans déplacement en haut. Elle est retenue en position d'abord par son engrenage même, et surtout ensuite par des parties molles, d'abord en procédant de la superficie à la profondeur par l'aponévrose, qui se fixe d'une part à la partie postérieure de l'olécrane, et d'autre part à l'épitrochlée et à l'épicondyle, et en dedans par le ligament très-fort étendu de l'olécrane, où il est fixé au niveau et à un centimètre au-dessus de son lieu, entre l'insertion du triceps et sa portion cartilagineuse d'une part, et de l'autre à l'épitrochlée immédiatement en avant du nerf cubital, et en dehors par un ligament affectant la même disposition, mais beaucoup moins épais. Il faut ajouter que le ligament est uni à l'aponévrose comme celui du côté opposé, et comme cette aponévrose joint aussi le tendon du triceps aux origines des muscles de l'avant-bras, on comprend qu'en disant au malade de roidir son membre, le fragment olécranien se trouve immobilisé, comme nous

l'avons vu chez un autre malade. Le cul-de-sac articulaire supérieur étant intact, il est impossible d'élever l'olécrane plus qu'à l'état normal.

L'*apophyse coronoïde* est séparée de la face antérieure du cubitus parallèlement à cette face, comme si elle n'en était que décollée; elle est en même temps renversée en dehors, sa partie interne étant devenue antérieure. Une simple extension avec une traction légère aurait opéré la réduction de la luxation, qui se reproduit avec la même facilité.

Les *muscles épitrochléens* n'existent presque plus, détruits qu'ils ont été par la violence extérieure et par la suppuration; ils ne sont plus représentés que par un petit cordon du volume d'une plume à écrire, qui cède au moindre effort. Le *muscle cubital*, enveloppé d'une fausse membrane inflammatoire, formait presque le seul moyen d'union des os de ce côté, car il ne reste plus une trace de ligaments. En dehors, les muscles étaient restés en grande partie intacts, mais plus de ligaments. Aussi la luxation se reproduisait-elle aussi facilement qu'elle se réduisait.

Les *cartilages articulaires* manquent dans l'étendue d'un centimètre sur la poulie humérale à son côté interne; tandis qu'à son côté externe le cartilage, qui présente une petite division de la largeur de l'angle, est comme fracturé sur lui-même, et se décolle avec moins de facilité.

Nous terminerons par une remarque: on pourrait s'étonner que l'étendue et la facilité des mouvements passifs de l'avant-bras n'aient pas mis tout d'abord sur la voie de la luxation; mais c'est précisément le degré de cette mobilité, qui, avec l'absence de la crépitation, pouvait le mieux écarter cette idée, car la flexion et l'extension, conservées à ce point, faisaient plus naturellement supposer que l'articulation était intacte.

Enfin, on notera que les lésions du squelette étaient l'effet d'une cause directe.

M. RICHET. Les cas de luxation du coude ne sont pas communs; j'en ai déjà publié une observation. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer un deuxième exemple.

Un homme tombe du haut d'un omnibus; il présente une luxation du fémur et une luxation du coude.

La première fut facilement réduite.

Quant à l'autre, elle se compliquait de la fracture de l'olécrane. Cette apophyse avait été violemment séparée comme avec une hache. La violence avait été telle que la peau avait été déchirée, et que par

cette plaie le doigt pénétrait facilement dans l'articulation. La luxation était complète, et, comme l'a indiqué M. Morel dans l'observation qu'il nous a communiquée, on réduisait avec une extrême facilité, mais la luxation se reproduisait immédiatement.

En présence de si graves lésions, je voulus savoir si je devais sauver le membre, le maintenir dans une position qui pût le rendre utile au malade. Je réduisis et plaçai l'avant-bras dans la flexion à angle droit sur le bras; il y eut suppuration, et le malade guérit avec ankylose. Il se sert bien de son bras.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance du 6 octobre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

M. Bernard Brodhurst fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé : *Restoration of motion by forcible extension and rupture of partially anchylosed surfaces.* London, 1858.

— M. le docteur Demonchaux (de Saint-Quentin) adresse la suite de l'observation d'un jeune enfant présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 16 juin 1858.

Nous transcrivons cette observation.

Double hernie de l'ovaire. — Dégénérescence; encéphaloïde des ovaires. — Absence de l'utérus. — Tumeur encéphaloïde de l'épiploon. — Mort. — Autopsie.

Claire Huguet, âgée de trois ans et trois mois, a joui d'une assez bonne santé jusqu'il y a six mois; néanmoins ses traits étaient délicats, sa nature grêle, et ses chairs molles et peu fournies.

Son appétit, ordinairement fort bon, l'excitait même dans les derniers temps à manger avec voracité. Ses digestions, faciles d'abord, ne devinrent pénibles et suivies de diarrhées que dans la dernière période de sa maladie.

Son intelligence était très-développée. La plus petite résistance à ses désirs occasionnait une irritabilité nerveuse extrêmement prononcée.

Il y a six mois, deux tumeurs d'inégal volume parurent vers la ré-

gion inguinale. Dans les premiers temps, ces tumeurs solides étaient indolentes, mais bientôt celle du côté droit, plus volumineuse et irréductible, devint douloureuse autour; la tumeur gauche, plus petite, disparaissait assez bien sous le doigt. Peu à peu ces tumeurs grossirent, et des douleurs parfois très-aiguës se firent sentir dans la région hypogastrique.

On constata alors, dans la cavité abdominale, une certaine quantité de liquide.

Bien que l'enfant conservât son appétit, elle ne tarda pas cependant à s'amaigrir sous l'influence d'une diarrhée abondante. Alors aussi les extrémités inférieures s'œdématièrent.

Ces accidents, ayant fait en peu de temps des progrès rapides, la jeune Huguet succomba le 20 août dernier.

Vingt-quatre heures après son décès, l'autopsie du cadavre fut pratiquée.

Signes extérieurs. — La face est amaigrie. Le crâne est large et très-développé. Les bras et le buste sont émaciés. L'abdomen est fortement distendu; mesuré autour de l'ombilic, il donne 82 centimètres de circonférence. Une ouverture, pratiquée dans le flanc gauche, donne issue à trois litres environ d'un liquide clair, transparent et d'une couleur légèrement citrine.

Les parois abdominales enlevées dans toute leur étendue, on voit les deux fosses iliaques remplies par deux énormes tumeurs, qui se touchent vers la ligne médiane, et sont à peine séparées vers le bas par une vessie de très-petite dimension.

Ces deux tumeurs, évidemment formées par des ovaires hypertrophiés et dégénérés, sont oblongues, ovoïdes et aplaties, en forme de rein. Leur face antérieure et postérieure, ainsi que le contour supérieur, sont libres de toute adhérence.

La tumeur principale, du côté droit, donne 33 centimètres de circonférence dans son plus grand contour, et 25 centimètres de circonférence dans son plus petit. Son bord inférieur est légèrement étranglé vers son milieu par un sillon. Cette tumeur est attachée par un repli de ligaments larges à une autre portion de l'ovaire, trilobée et moins volumineuse que la précédente; et du bord inférieur de cette deuxième tumeur part un petit prolongement membraneux, qui gagne l'anneau inguinal et sert de pédicule à une troisième partie de l'ovaire, laquelle forme la tumeur herniaire droite, du volume d'un œuf de poule.

Cette tumeur, incisée vers son milieu, nous offre une dégénérescence encéphaloïde. La tumeur trilobée, placée au-dessous de la tu-

meur principale, et celle qui constitue la hernie du côté droit sont formées par une substance ramollie d'un blanc crémeux.

La tumeur du côté gauche est, comme la précédente, formée par l'ovaire hypertrophié. Son plus grand contour nous donne 38 centimètres de circonférence, et le plus petit 26. Cette tumeur n'est divisée qu'en deux portions. La partie principale est en tout semblable à la tumeur du côté droit. Son bord supérieur est libre, et l'inférieur se termine par un ligament qui sert de pédicule à la portion d'ovaire herniée, dont le volume est celui d'un œuf de pigeon. Cette dernière portion, restée engagée dans l'anneau inguinal, ne rentre qu'en partie dans la cavité abdominale.

Un vice de conformation, qui a été annoncé par M. le docteur Cazeaux, consiste dans l'absence de l'utérus. Le vagin, très-étroit et peu profond, se termine comme un doigt de gant, par un cul-de-sac entouré par les ligaments larges qui servent de points d'attache aux ovaires malades.

L'épiploon gastro-colique dans son bord inférieur se termine par une tumeur du volume du poing, qui renferme dans plusieurs cavités de ses deux feuillets adhérents une matière demi-fluide, blanche, purulente, ayant une grande analogie avec la matiere cérébriforme des petites tumeurs ovariques ramollies.

Tous les autres organes renfermés dans l'abdomen sont sains. En effet, l'estomac, le foie, les intestins, la rate, les reins et le mésentère, n'offrent rien de remarquable.

COMMUNICATION.

Nouvel appareil applicable aux fractures et à la compression des artères. — M. J. ROUX. J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine deux appareils nouveaux, l'un pour toutes les *fractures*, l'autre pour toutes les *compressions*, et particulièrement celles des artères. Je viens aujourd'hui soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie les mêmes appareils. Mais afin de donner à chacune des deux assemblées, auxquelles j'ai l'honneur d'appartenir comme membre correspondant, une partie originale de mon travail, j'ai exposé à l'Académie les généralités, les principes de mon système, et j'ai réservé pour la Société de chirurgie les détails d'application, les avantages pratiques.

Appareils à fractures. — Pendant trop longtemps on a enveloppé les membres avec des appareils compliqués, dont les nombreuses pièces de linge, subordonnées les unes aux autres, formaient avec la fracture, qu'elles absorbaient pour ainsi dire, un tout si compacte, qu'il

était désormais impossible de toucher à une partie sans modifier le tout. Mayor et M. Baudens apportèrent d'heureuses modifications à cet état de choses, en consacrant mieux que leurs prédécesseurs l'isolement, l'indépendance de chaque pièce d'appareil. Ils imitèrent mieux la *main*.

C'est cet isolement, cette indépendance d'action, que je me propose d'agrandir encore, en les rendant complets, absolus, dans un nouveau système d'appareil, que je me suis efforcé de rapprocher non de la main prise en totalité, mais de chaque *doigt* pris en particulier, en substituant le détail à l'ensemble, l'action des éléments isolés à l'action des éléments en masse.

Ces appareils *polydactyles*, destinés à remplacer les doigts, sont de trois sortes, selon qu'ils s'appliquent aux fractures :

1° De la tête, du tronc, et particulièrement de la colonne vertébrale;

2° Des membres supérieurs;

3° Des membres inférieurs.

Le modèle et les figures que vous avez sous les yeux diront mieux que mes paroles que ces appareils se composent de planchettes solides, trouées d'une manière uniforme d'après des séries calculées pour que les trous soient très-rapprochés; que trois sortes de chevilles, *crurales*, *jambières*, *à support*, différant seulement par la dimension en hauteur, mais présentant toutes un *tenon*, deux *mortaises*, s'implantent aisément dans les trous des planchettes.

Un appareil qui a quelque analogie avec le mien vous a été présenté, l'année dernière, je crois, par M. le docteur Gaillard, de Poitiers; la ressemblance n'est qu'apparente : d'ailleurs, j'ai publié un modèle de mon système, avec des figures, avant le professeur de Poitiers, dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, 1849, page 90, tandis qu'on ne trouve la première description de l'autre système, qui a d'ailleurs son utilité, que dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1850, page 262.

Application. — Sur le plan horizontal de l'appareil polydactyle, muni d'un coussin en coton assez épais, et que recouvre au besoin une toile cirée ou une pièce de caoutchouc vulcanisé, placez le membre fracturé; sur ses deux côtés, relevez en gouttière la toile cirée, le coussin; plantez dans les trous assez de chevilles pour maintenir le tout, et laissez l'appareil dans l'extension ou la demi-flexion.

Mode d'action. — Les chevilles disposées autour du membre en suivent les contours, en maintiennent la forme, assurent la coaptation des os fracturés déjà opérée par le chirurgien. Ils font l'office des doigts,

doigts inflexibles, sans doute, mais infatigables; doigts rigides, à la vérité, mais que le coussin qui enveloppe les trois quarts du membre transforme en pelotes élastiques; doigts insensibles, à coup sûr, mais au-devant desquels réside la sensibilité des parties malades, souvent exaltée par la lésion. Partout où les doigts et la main de l'opérateur modelant le membre exercent une action efficace pour soutenir les tissus, comprimer une esquille etc., une ou plusieurs chevilles ont leur raison d'être, à la condition de ne jamais exercer de pressions dangereuses, en agissant enfin, non comme les cravates, les liens coaptateurs, mais comme des tuteurs. Ces chevilles doigts doivent être écartées du membre s'il survient du gonflement, et en être rapprochées quand il diminue, etc.

Les appareils polydactyles tiennent de tous les autres systèmes employés dans le traitement des fractures. Disposées en deux séries continues, les chevilles figurent dans leur ensemble deux *attelles*, avec cet avantage que, découpées en fragments très-nombreux, elles se moulent sur le membre, et que chacune de leurs parties, substituée doucement aux doigts du chirurgien, en retient le mode d'action et presque l'intelligence. Ces chevilles entourant le membre, l'étreignant s'il le faut pendant toute la durée du traitement, ne rappellent-elles pas quelque chose des appareils *inamovibles* ou mieux *amovo-inamovibles*, avec l'avantage de tenir le membre à ciel ouvert? Cette planchette, ce plan incliné que je n'ai pas inventés, que j'ai seulement arrangés un peu différemment, auxquels j'ai ajouté un élément nouveau, la cheville-doigt, rappellent des formes variées de l'*hyponarthécie*. Cinq moyens de contre-extension, trois d'extension au moins, font que notre systeme d'appareil tient de ceux à *extension* continue.

Dans les fractures les plus graves des membres, l'appareil polydactyle est préférable à tous les autres.

Que peut-on attendre, dans ces cas si difficiles, de l'appareil de Scultet à attelles, des appareils inamovibles? Rien que l'imminence et trop souvent la réalisation de nouveaux dangers, de nouveaux accidents. Les appareils hyponarthéciques sont alors seuls utiles, car ils remplissent, sans dangers d'étranglement, la première indication du traitement, l'*immobilité* de la partie.

C'est ici que les appareils de Mayor, de Baudens, celui de M. le docteur Arnaud, chirurgien de 1[re] classe de la marine, sont très-utiles. Sur l'appareil à chevilles mobiles, le membre fracassé solidement placé est exposé à la lumière, à l'air, aux regards, et trouve désormais tous les moyens d'y rester jusqu'à l'entière guérison, sans qu'il soit nécessaire

de changer, de visiter, de défaire, de renouveler, de réappliquer l'appareil. Les chevilles placées loin des plaies assujettissent toujours bien le membre, assurent son immobilité sans exercer de compression périlleuse, car en ne mettant pas de cheville en regard des plaies, on laisse des fenêtres bien plus faciles à pratiquer que dans les appareils inamovibles.

Les pansements se font sans aide, avec la plus grande facilité, et une simplicité telle, que les personnes étrangères à l'art peuvent les accomplir elles-mêmes. Cependant l'inflammation diminue dans le membre fracassé, la suppuration est moins abondante, les esquilles sont enlevées, etc.; le moment est arrivé de rendre au membre sa forme ; c'est ce qu'on obtient avec les doigts agissant isolément, et auxquels succèdent des chevilles indépendantes, que le malade lui-même peut écarter ou enlever au plus léger indice d'une compression trop forte.

Voici les avantages qui sont surtout le partage des appareils polydactyles : simplicité, facilité de se les procurer partout; sûreté d'application; pas de danger d'étranglement pour le membre; faculté de comprimer sûrement des fragments rebelles, avec la pointe de M. Malgaigne, adaptée à mon compresseur; pansements très-faciles sans remuer le membre, sans lui imprimer de secousse douloureuse; moyens de mieux travailler à lui rendre sa forme et partant une configuration plus parfaite, un résultat meilleur.

Tous ces résultats, les médecins habiles les obtiennent avec tous les autres appareils; les opérateurs distingués, comme les musiciens de premier ordre, font des choses merveilleuses avec de mauvais instruments. La question n'est pas là; il s'agit de savoir s'il n'y a pas un appareil facile, exempt de dangers entre toutes les mains. Pour moi, je repousse formellement, dans les fractures les plus graves avec vastes plaies, esquilles, et les appareils inamovibles, et surtout le bandage de Scultet, où tout se réunit pour menacer le membre d'étranglement, les compresses, les plans de bandelettes, les attelles, les liens; appareil trop souvent malheureux dans les campagnes, dans la pratique des villes, par la gangrène qu'il a produite et les amputations qui en ont été la suite obligée; appareil que bien des chirurgiens s'obstinent à conserver encore, malgré les insuccès de la pratique et les enseignements de la raison.

Compresseur élastique et gradué. — Il a un appareil polydactyle pour *point d'appui ;* une tige articulée à courbure spéciale pour *armature*, ou bien un arc bifide dans lequel marchent, comme dans un che-

min de fer, une ou deux boules. A travers un des trous taraudés de l'une de ces armatures passe une vis de pression qui comprime la pelote collée, *pelote digitale*. Construite en imitation de la pulpe d'un ou de plusieurs doigts, cette pelote contient un ressort à boudin dont les effets sont gradués sur une échelle extérieure.

J'ai appliqué ce compresseur sur toutes les artères accessibles, et même sur l'*iliaque primitive*. J'ai pu comprimer, dans des fractures rebelles et à l'aide de la pointe de M. Malgaigne, des bouts d'os rebelles pendant deux ou trois semaines et sans nul danger.

Attendons de l'expérience les applications qu'on pourra faire de ce compresseur dans le traitement des plaies artérielles, des anévrysmes, etc., etc.

Pour apprécier avec une grande exactitude les oscillations que l'arrêt partiel de la circulation imprime à tout l'appareil, j'ai annexé à mon compresseur un *cadran* ou un *niveau d'eau*, susceptible de faire connaître les diverses nuances des amplitudes oscillatoires.

DISCUSSION.

M. GOSSELIN. Après l'intéressante communication de M. Roux, je ne puis me défendre de prendre la parole pour protester contre le jugement rendu par notre honorable collègue contre l'appareil de Scultet. Je dois dire que, loin de l'abandonner, je l'emploie beaucoup, et que je le trouve excellent.

Pour juger la question d'une façon toute pratique, il faut le comparer aux autres appareils, et spécialement à celui de M. J. Roux.

L'appareil de notre collègue peut donner de très-bons résultats, c'est incontestable. Il est combiné d'une façon ingénieuse, il remplit bien les indications désirables; mais ce qu'on peut contester, c'est qu'il soit d'un emploi facile, et, par contre, on doit prévoir qu'il ne sera pas vulgarisé. Il me paraît impossible d'avoir toujours et pour tous les cas à sa disposition un appareil aussi compliqué. C'est là ce qui sans doute l'empêchera d'être adopté. L'appareil de Scultet, qui, en résumé, me paraît offrir les mêmes avantages, peut au contraire s'improviser partout, et si j'insiste sur sa bonté, c'est que la multiplicité des appareils dont on dote chaque jour la thérapeutique des fractures tend à éloigner les élèves de l'étude nécessaire pour bien appliquer le bandage de Scultet.

Je vais plus loin, je crois que l'appareil de M. Roux ne se vulgarisera pas, parce qu'il ne peut faire racheter sa construction compliquée par des services exceptionnels. Tout ce qu'il pourra produire s'obtien-

dra aussi bien avec l'appareil de Scultet, et il faut s'attacher aux choses simples.

Dans les fractures non compliquées, l'idéal du traitement, c'est la guérison obtenue sans difformité. Ce résultat ne s'obtient guère que dans les fractures qui ne présentent pas de déplacement, ou qui offrent un déplacement réductible et qui peut être maintenu en place une fois réduit.

Mais, il faut l'avouer, trop souvent nous avons affaire à des déplacements qu'il n'est pas possible de maintenir en réduction. Dans ce cas la guérison s'obtient, mais il reste de la difformité; d'autres fractures sont compliquées de déplacements irréductibles, et, quoi qu'on fasse, le membre reste difforme. Il est vrai que la difformité s'amoindrit avec le temps. Ces complications tiennent à des causes qui sont encore ignorées; ce que nous savons malheureusement, c'est que l'on ne peut les combattre, quel que soit le moyen employé. L'appareil de M. Roux ne pourra, dans ces cas, faire ni plus ni mieux que l'appareil de Scultet.

Restent les fractures avec plaies; là, sans aucun doute, l'appareil de Scultet laisse à désirer, et ceux qui laissent le membre à découvert offrent des avantages réels. Ajoutons néanmoins que l'appareil de Scultet peut encore, dans ces cas, être appliqué avec quelque avantage.

M. J. ROUX. L'argumentation de M. Gosselin porte sur deux points; elle établit d'abord les avantages de l'appareil de Scultet, et, contradictoirement, elle accuse le mien, qui offrirait trop de complications. Je regrette de me trouver en dissidence avec un chirurgien aussi compétent que M. Gosselin, et je vais m'efforcer de lui répondre.

Il est vrai que l'appareil de Scultet est bon, mais à la condition d'être bien appliqué, et c'est précisément parce qu'il est le plus souvent mal appliqué que je le trouve dangereux. Il est incontestable que cet appareil, manié par des mains habiles, donne de bons résultats; mais avec le mien n'aura-t-on pas ces mêmes bons résultats, sans laisser une si large part aux dangers d'une application inhabile?

L'appareil de Scultet a été trouvé tellement peu satisfaisant par bon nombre de chirurgiens, que chacun dans sa pratique l'a dépossédé de quelques-uns de ses éléments. Ainsi M. Malgaigne lui enlève ses bandelettes, un autre ses compresses, un autre ses coussins, et ainsi de suite, et toutes ces réformes sont faites dans une même pensée: laisser le membre à découvert, ou tout au moins le moins couvert possible. Pourquoi? parce qu'on a reconnu que bien souvent la chirurgie avait à intervenir à la suite de l'application de l'appareil de Scultet.

Mon appareil laisse le membre à jour; il a donc une qualité qui

paraît être désirée par le plus grand nombre des chirurgiens. Mais, dites-vous, il est compliqué; j'ai été au-devant de cette objection en vous montrant à quel degré de simplicité il pouvait être ramené, puisqu'il peut s'improviser à l'aide d'une simple planchette percée de trous et de chevilles grossièrement taillées. Or, avec ces conditions avantageuses déjà, on ne devra pas porter un jugement définitif sur mon appareil avant de savoir s'il n'ajoute rien au traitement.

Oui, sans doute, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Gosselin, il y a des fractures que l'on ne réduit pas; mais parmi celles qui sont réductibles et que d'autres appareils ne peuvent maintenir réduites, ne peut-on pas espérer que la réduction soit maintenue en ayant recours à mon procédé? C'est précisément ce que je crois obtenir.

Ainsi un homme a la jambe saisie entre un bateau et les pierres d'un quai, il en résulte une fracture compliquée; il y a de nombreuses esquilles; une, entre autres, détachée du péroné, est éloignée de plus de deux centimetres de sa position normale. Je ne puis la réduire avec les doigts, et, recourant à mon appareil, je la refoule, et pendant trois semaines je puis maintenir une pression qui la fait se consolider, presque réduite complétement. Ainsi j'obtiens non pas sans doute une guérison sans difformité, mais une bien meilleure consolidation : j'ai ajouté quelque chose au traitement.

M. GOSSELIN. Je suis satisfait de savoir que l'appareil de M. Roux peut être simplifié; ce sera pour son avenir dans la pratique une chose favorable.

Quant aux fractures compliquées, je l'ai dit, je préfère les appareils qui laissent le membre à découvert. Mais je dois ajouter que les appareils simples que nous possédons déjà, comme la gouttière, etc., remplissent très-bien les indications voulues, et je m'en suis servi d'une façon avantageuse.

M. MAISONNEUVE. Il n'est pas possible d'établir entre l'appareil de Scultet et celui de M. Roux aucune comparaison; ils sont radicalement différents, et pour mon compte, sans aller plus au fond de la question, je dois déclarer que j'ai tout à fait renoncé à l'appareil de Scultet. J'ai adopté presque exclusivement l'appareil plâtré; il remplit, à mon sens, toutes les indications aussi bien pour les fractures simples que pour les fractures compliquées. Pour l'appliquer, j'ai soin de maintenir les malades dans un état d'anesthésie de telle façon que les forces musculaires anéanties ne s'opposent plus jusqu'à dessiccation de l'appareil au maintien de la réduction.

M. J. ROUX ne nie pas l'excellence de l'appareil en plâtre lorsqu'il

est appliqué par des mains très-habiles; mais combien de praticiens pourront-ils l'appliquer sans exposer le malade à de graves complications?

M. BROCA. Je ne parlerai pas des applications de l'appareil de M. Roux au traitement des fractures; mais je puis donner des détails sur sa valeur comme moyen de compression sur les artères. Il n'y a rien de trop compliqué, suivant moi, dans un appareil qui réussit dans des cas jusqu'alors considérés comme au-dessus des moyens chirurgicaux connus; aussi, dans ce sens, je dois rendre hommage au procédé compressif de M. Roux. Il a pu comprimer d'une manière parfaite l'artère sous-clavière, et nous savons tous que cette compression, même avec le doigt, est d'une exécution très-difficile et même quelquefois presque impossible. Il faut des sujets exceptionnellement disposés, maigres et à clavicules basses. Avec l'appareil de M. Roux, la compression se fait d'une façon parfaite, et, grâce à ce nouveau procédé, on pourra traiter par la compression les anévrysmes de l'artère axillaire. M. Roux a également comprimé, et avec succès, l'artère iliaque externe. Reste à savoir combien de temps un malade pourra supporter les compressions ainsi faites.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MAISONNEUVE présente un sein cancéreux enlevé par la cautérisation en flèche. Nous transcrivons l'observation de ce fait.

Cancer ulcéré du sein droit. Cautérisation en flèche. Elimination complète de la tumeur en un seul bloc. Guérison. — Verbrughem (Victorine), âgée de trente-trois ans, domestique, vient à l'hôpital de la Pitié, le 8 septembre 1858, pour y être traitée d'une tumeur squirrheuse du sein droit; l'organe tout entier était envahi par la dégénérescence, et formait une tumeur du volume du poing, dure, bosselée, adhérente à la peau dans toute sa surface, et creusée à la place du mamelon d'un ulcère sanieux d'où s'écoulait un ichor fétide.

Du reste, la tumeur était assez nettement circonscrite et restait mobile sur le thorax; les ganglions axillaires ne paraissaient point encore affectés. Après quelques jours de repos, le 13 septembre 1858, la malade fut soumise à la cautérisation en flèche (procédé circulaire).

Après avoir tracé autour de la tumeur la ligne circulaire sur le trajet de laquelle devaient être introduites les flèches, ligne qui avait environ 40 centimètres de circonférence, M. Maisonneuve soumit la malade au chloroforme, et procéda immédiatement à l'introduction des flèches. Portant alors le bout du doigt index gauche sur le point où devait avoir lieu la première introduction, il fit avec un bistouri pointu

une ponction oblique de 2 centimètres environ de profondeur ; puis, retirant le bistouri, il enfonça dans l'ouverture qu'il venait de faire une flèche conique et plate de 5 centimètres de long. Répétant cette manœuvre de 2 en 2 centimètres, il enfonça ainsi successivement seize de ces flèches sur le trajet de la ligne circulaire qui circonscrivait la base de la tumeur. C'est à peine si l'opération dura deux ou trois minutes ; elle ne fut accompagnée ou suivie d'aucun écoulement de sang.

Le lendemain, à la visite, la malade dit que la douleur avait été assez vive pendant deux heures, qu'ensuite elle s'était éteinte. La nuit avait été bonne, le sommeil calme, et il ne s'était pas manifesté la moindre réaction fébrile. La malade était gaie, riante, comme si elle n'avait subi aucune opération.

Quant à la tumeur, elle était complétement sphacélée ; seulement elle n'exhalait aucune odeur, elle ne donnait presque aucun suintement.

Le deuxième et le troisième jour ne présentèrent rien de remarquable : toujours absence complète de fièvre et de douleur. Le quatrième jour, on vit apparaître un petit cercle rouge autour de l'eschare; ce cercle est régulier, sans dentelures : il se prononce de plus en plus jusqu'au huitième jour, où la tumeur se détache d'un seul bloc, laissant une plaie régulière, rosée, au fond de laquelle on aperçoit à nu les digitations du muscle grand-pectoral. Les bords de cette plaie sont si réguliers, qu'on les croirait taillés avec le bistouri.

Aujourd'hui, vingt jours après l'opération, douze seulement depuis la chute de l'eschare, la plaie, diminuée de plus des trois quarts, est en pleine voie de cicatrisation, et tout annonce qu'avant dix ou quinze jours la malade sera complétement guérie. Elle désire aller terminer sa convalescence chez elle, et sort de l'hôpital le 1[er] octobre 1858.

Moignon d'un malade amputé dans l'articulation médio-tarsienne il y a vingt ans. — M. FOUCHÉ communique l'observation suivante :

Le 20 septembre 1858, est entré à l'hôpital Saint-Louis le nommé D..., Michel, âgé de trente ans. Cet homme est d'une très-bonne constitution ; son père et sa mère vivent encore; il a quatre frères et une sœur, qui ont toujours joui d'une parfaite santé. Venu à l'hôpital pour les suites d'une amputation de Chopart, il donne les détails suivants sur ses antécédents :

A l'âge de neuf ans, il eut la partie antérieure du pied gauche écrasée par une voiture lourdement chargée. A la suite de cet accident, il fut amené à l'hôpital Saint-Louis, où M. Jobert pratiqua l'amputation

médio-tarsienne. Les suites immédiates de l'opération n'offrirent rien de particulier, et au bout de deux mois le malade put se promener dans la salle à l'aide de béquilles ; un mois plus tard, il sortit de l'hôpital sans que la plaie fût entièrement cicatrisée. Rentré dans sa famille, il garda le repos pendant plusieurs mois encore, dans le but de favoriser la cicatrisation. Mais, voyant qu'elle n'avait pas lieu, il commença à se livrer aux jeux de son âge, autant qu'il le pouvait faire à l'aide de béquilles.

Dix-huit mois après l'opération, il quitta les béquilles pour s'aider seulement d'un bâton, lorsqu'il avait une marche un peu longue à faire.

Pendant les années qui suivirent, la plaie resta toujours à peu près stationnaire, augmentant d'étendue quand le malade marchait, diminuant quand il gardait le repos. Cette plaie était extrêmement douloureuse au moindre contact, et saignait après une marche un peu plus longue que de coutume. Le malade ne l'a vue qu'une fois presque entièrement cicatrisée. C'était il y a cinq ans, pendant le cours d'une albuminurie qui le retint au lit pendant quatre mois. Il pouvait néanmoins exercer son métier de tisseur, mais il a toujours marché avec difficulté, pouvant à peine faire 6 kilomètres dans une journée. Il y a trois ans, la marche devint de plus en plus pénible, et bientôt presque impossible, à cause de la douleur qu'elle suscitait dans la plaie. M. Jobert, à qui s'adressa le malade, lui fit remarquer que le calcanéum n'était plus dans sa position normale, et lui donna le conseil de porter un appareil articulé entourant la cuisse et la jambe.

Depuis cette époque, D..., fatigué d'avoir une plaie dont il ne pouvait espérer la guérison et qui devenait de plus en plus douloureuse, pensant, en outre, que la partie inférieure de sa jambe était devenue inutile depuis qu'il était réduit à porter un appareil, prit la résolution de se faire amputer la jambe dans la continuité. C'est dans cette intention qu'il entra l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, remplacé alors par M. Richet. Ce chirurgien jugea l'opération utile ; mais, le jour où elle devait avoir lieu, le malade manqua de courage et quitta l'hôpital.

Cette année, après avoir sérieusement réfléchi aux inconvénients de sa position, il résolut de surmonter la crainte que lui inspirait une opération et entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richet, remplacé par M. Foucher.

On constate l'état suivant :

Le membre abdominal gauche est moins développé que celui du

côté droit. La longueur, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, est de 82 cent. à gauche, de 84 cent. à droite. La cuisse gauche est beaucoup moins volumineuse que la droite, et la jambe, mesurée à sa partie moyenne, a 23 centim. de circonférence à gauche, et 36 centim. à droite.

Il est clair que le membre sur lequel a été pratiquée l'amputation de Chopart a pris moins de développement que celui du côté opposé, ce qui s'explique par le défaut d'exercice de ce membre.

Le talon est reporté en haut, et le calcanéum a pris une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, en même temps qu'il a subi un léger renversement en dedans. Son axe fait en arrière, avec celui de la jambe, un angle de moins de 45°. Dans la station verticale le membre repose sur la partie antérieure et externe du calcanéum immédiatement en arrière de la cicatrice; le talon ne touche pas le sol, et dans la marche cette disposition s'exagère encore un peu.

L'astragale est oblique sur le calcanéum; sa face supérieure regarde en avant, et sa tête fait saillie sous la cicatrice. Au niveau de la tête de l'astragale existe une ulcération semi-lunaire de 5 centim. de largeur sur 32 de hauteur. Cette ulcération, à fond d'un rouge foncé, est entourée de bords assez saillants, durs et tellement sensibles que le moindre attouchement fait éprouver au malade des mouvements involontaires de tout le corps analogues à ceux que détermine une commotion électrique. Une pression subite et énergique est, au contraire, bien supportée. Sous l'ulcération et à son pourtour, on ne remarque aucun trajet fistuleux. La peau qui recouvre l'astragale est simple et normale; celle qui revêt la partie antérieure du calcanéum est plissée et recouverte d'un épiderme épais. La peau du talon est normale; les parties molles ne sont pas altérées. La face postérieure de la jambe, loin de présenter une saillie correspondante au tendon d'Achille, est concave, et le tendon n'est ni tendu ni soulevé. On produit à grand'peine quelques mouvements obscurs dans les articulations tibio-astragaliennes et astragalo-calcanéennes.

Le malade, fort ennuyé des souffrances qu'il endure depuis vingt ans et de la difficulté qu'il éprouve à marcher, réclame avec instances l'amputation de la jambe. M. Foucher, pensant que la section du tendon d'Achille ne pouvait en aucune façon remédier à la position vicieuse du calcanéum, songea à pratiquer une opération plus radicale, bien que les os fussent sains. Il pensa un instant à faire une désarticulation tibio-tarsienne; mais redoutant la lenteur de la cicatrisation, et d'ailleurs, pressé par les instances du malade, il pratiqua, le 30 sep-

tembre, l'amputation sus-malléolaire par le procédé suivant : une incision, commençant immédiatement au-dessus de la malléole interne et conduite sur la face dorsale du pied pour aboutir à la base de la malléole externe, traça un lambeau à convexité inférieure. Ce lambeau, formé par la peau, fut rapidement disséqué. Une deuxième incision, partant des mêmes points et passant à la face postérieure du talon, circonscrivit un lambeau postérieur plus long, qui fut disséqué en comprenant le tendon d'Achille.

Les deux lambeaux étant relevés, une incision circulaire coupa les muscles profonds, et la section des os fut pratiquée à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité du tibia. Les lambeaux furent réunis par la suture entortillée.

La dissection du moignon enlevé a montré les détails suivants : la cicatrice est sur le trajet d'une ligne verticale passant entre les malléoles ; l'extrémité postérieure du calcanéum ne touche pas le sol. Les mouvements articulaires sont aussi obscurs que sur le vivant, et l'on ne peut redresser le calcanéum, malgré l'ablation du tendon d'Achille. La peau de la face dorsale est souple et normale jusqu'à la cicatrice ; au-dessous d'elle, on trouve une lame fibreuse qui va en s'épaississant jusqu'à la cicatrice ; cette couche est mobile et glisse sur les os, elle adhère en avant à l'extrémité antérieure de l'astragale. Il est impossible de distinguer dans cette trame fibreuse, qui a plus d'un centimètre d'épaisseur en avant, les tendons des muscles extenseurs du pied.

Sur les parties latérales, on trouve au-dessous de la peau l'aponévrose formant les ligaments annulaires interne et externe très-épaissie, tendue, et paraissant contribuer à maintenir le talon dans sa position. En dehors, au-dessus d'elle, la gaîne des tendons péroniers latéraux ; ces tendons, après leur réflexion derrière les malléoles, viennent se confondre avec le tissu fibreux de la plante du pied. En dedans, existent la gaîne du jambier postérieur, celles de l'extenseur propre et de l'extenseur commun, qui viennent aussi se confondre avec le tissu fibreux qui recouvre le calcanéum. Le nerf tibial postérieur très-volumineux se divise en ses deux branches plantaires ; ces nerfs, mêlés au tissu fibreux, ne peuvent être suivis jusqu'à la cicatrice. La traction opérée sur les tendons de la face postérieure exagère un peu l'élévation du calcanéum, que paraît maintenir le tissu fibreux compris dans l'angle formé en arrière par cet os et les os de la jambe. Lorsque la dissection a isolé les tendons, ceux-ci ne peuvent plus former un obstacle au redressement du calcanéum ; cependant l'os est maintenu dans sa position vicieuse par les parties postérieures des ligaments de l'articulation,

et, entre autres, par le péronéo-calcanéen postérieur. La face plantaire du moignon n'offre plus aucun des muscles de la plante du pied. La concavité du calcanéum est entièrement remplie par un tissu fibreux formant une couche épaisse composée des aponévroses, des portions fibreuses des muscles, du ligament calcanéo-cuboïdien; cette couche, où viennent se perdre tous les tendons, adhère en avant à la cicatrice.

Les os sont sains, la tête de l'astragale est effacée, et les saillies de l'extrémité antérieure du calcanéum sont émoussées.

L'examen de cette pièce pathologique que M. Foucher a mise sous les yeux de la Société, montre donc que le tendon d'Achille n'avait, dans ce cas, nullement contribué à maintenir l'élévation du talon; que cette élévation était due principalement au tissu fibreux de la face postérieure de la jambe et aux ligaments postérieurs de l'articulation. Enfin, ce fait est de nature à éloigner les chirurgiens de pratiquer l'amputation de Chopart, puisque cette opération, faite pour une lésion traumatique, n'a pu aboutir à une cicatrisation complète après vingt et un ans, malgré la bonne constitution du malade et l'intégrité parfaite des os.

Aujourd'hui 5 octobre, l'état du malade est très-satisfaisant, et la réunion par première intention a eu lieu pour la moitié de la plaie de l'amputation sus-malléolaire.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 14 octobre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MOREL LAVALLÉE demande la parole à propos de l'opinion émise dans la dernière séance par M. Broca sur la difficulté de pratiquer même avec le doigt la compression de l'artère sous-clavière. M. Morel pense, au contraire, que cette compression est facile à exercer dans la plupart des cas.

M. BROCA répond qu'il a dit et qu'il maintient que les moyens compressifs connus sont insuffisants, et de plus il persiste à trouver que la compression de la sous-clavière avec les doigts est le plus souvent très-difficile.

CORRESPONDANCE.

MM. VERNEUIL et CULLERIER, juges du concours de l'internat, demandent un congé pendant la durée du concours.

— M. Hipp. Blot écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire qui est actuellement vacante.

RAPPORT.

M. VERNEUIL est invité à relire les conclusions de son rapport sur M. Fabrizi.

Il fa t précéder cette lecture des détails suivants sur les travaux de M. Fabrizi :

Les premières publications chirurgicales de M. Fabrizi remontent déjà à une époque très-reculée. En 1827, il reprenait la question de la perforation de la membrane du tympan et imaginait un instrument fort ingénieux destiné à pratiquer une perte de substance à cette membrane. Ces travaux furent poursuivis, étendus, et en 1839 la *Gazette des Hôpitaux* publiait les leçons publiques que M. Fabrizi était venu faire dans nos amphithéâtres de l'École pratique. Je trouve dans cette brochure une foule de petits détails intéressants. D'abord une anatomie chirurgicale raisonnée du conduit auditif et de la caisse, importante à connaître pour l'exploration du conduit et l extraction des corps étrangers, et qui conduit l'auteur à proposer de nouvelles opérations. « Ces données anatomiques, dit-il, pourront servir de guide dans le cas où l'on se déterminerait à tenter le traitement de quelque maladie par l'incision de la corde du tympan ou par des opérations sur la fenêtre ronde, » et comme pour faire passer ce qui paraît singulier dans ses propositions, il ajoute : « Quoique ces opérations n'aient pas été, que je sache, pratiquées jusqu'à présent, je pense que les praticiens s'en occuperont tôt ou tard, et je connais, pour ma part, des symptômes morbides qui font soupçonner des conditions pathologiques contre lesquelles on pourrait peut-être proposer ces opérations avec quelque chance de succès. »

A propos de l'extirpation des polypes du conduit auditif, M. Fabrizi propose deux procédés qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler. Le premier se rapproche un peu de l'écrasement linéaire, en cela que le fil métallique qui étreint le pédicule est tordu sur lui-même jusqu'à ce que le polype se détache. *C'est donc l'ablation faite séance tenante par la ligature métallique.* Pour y arriver, un fil recourbé en anse embrasse la racine du polype. Ses deux chefs sont engagés dans une canule en argent longue de 4 pouces, et qui, à l'extrémité qui correspond à l'anse, est divisée en deux parties égales par une petite barre qui sépare les deux chefs du fil. On comprend, d'après cela, que la ro-

tation de la canule sur son axe effectue la torsion de l'anse et sa constriction graduelle.

Le second procédé, plus ingénieux encore, jouit aujourd'hui d'une faveur méritée, et cependant il ne porte pas le nom de son véritable inventeur. Je veux parler du serre-nœud annulaire, attribué à M. Galli, et qui consiste dans un petit coulant de plomb, dans lequel on engage les deux chefs du fil, et qu'il suffit d'aplatir par la pression pour obtenir une anse non susceptible de se desserrer. Cette invention a déjà été mise à profit pour la suture du voile du palais et des fistules vésico-vaginales, c'est-à-dire pour la réunion des plaies dans les régions profondes, où la constriction des fils est difficile à effectuer avec les doigts.

Pour établir la priorité de M. Fabrizi, qu'il me soit permis de citer le passage textuel : « Je prends une anse de fil de chanvre destinée à rester en place. Elle est portée par une petite canule de plomb qui a une ligne d'épaisseur. Lorsque l'anse parvient à être placée sur le pédicule... je serre fortement le fil de chanvre en poussant la canule de plomb Avec une forte pince j'aplatis celle-ci sur le fil dans quelques lignes de son étendue, en dedans du conduit, et j'entretiens ainsi cette espèce de ligature. Je coupe ensuite cette canule au niveau du méat auditif. »

Et plus loin M. Fabrizi ajoute : « Enfin l'idée de serrer le fil par une canule en plomb *me paraît toute neuve*, et cette espèce de serre nœud, qui m'appartient, a l'avantage de pouvoir être laissée dans le conduit auditif sans que l'on ait à craindre qu'il puisse blesser les parties internes de l'oreille par les mouvements involontaires du malade. »

Cette méthode a été étendue au traitement des polypes des fosses nasales avec le plus grand succès. Enfin une note nous montre encore une application heureuse du même procédé; il y est dit : « Un morceau de canule en plomb, ainsi porté sur les fils, m'a servi de serre-nœud dans une suture de fistule vésico-vaginale que j'ai pratiquée. »

Voici de quoi établir surabondamment la priorité de M. Fabrizi.

Pour extraire les corps étrangers du conduit auditif, M. Fabrizi fait aux pinces droites des reproches fondés, et recommande l'usage des pinces courbes, plus appropriées à la direction du conduit.

Une partie du mémoire est ensuite consacrée à la perforation de la membrane du tympan, au lieu d'une ouverture simple qui tend toujours à s'oblitérer. On pratique avec son emporte-pièce, très-ingénieux, une perte de substance circulaire qui donne un pertuis permanent. Aussi l'auteur intitule-t-il son procédé *Trépanation de la membrane du*

tympan. Nous trouvons à la suite des remarques instructives sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, sur les injections simples et les injections forcées pratiquées dans ce conduit, et enfin une discussion sérieuse des avantages et des inconvénients inhérents aux diverses ressources de la médecine opératoire acoustique. Tout en reconnaissant l'intérêt majeur qui s'attache à ces questions, je ne m'étendrai pas sur ce sujet, qui exigerait de longs développements.

J'ai encore à vous signaler une brochure très-intéressante, dans laquelle M. Fabrizi discute avec soin les objections faites à l'opération de Tagliacozzi, c'est à-dire à la rhinoplastie par la méthode italienne. Ce travail indique une connaissance réelle des grands principes de l'autoplastie à distance. Guidé par ses idées générales, l'auteur entreprit et mena à bien la formation d'un nouveau nez pris aux téguments de l'avant-bras. L'observation donnée avec les plus grands détails a été recueillie en 1840. Déjà plusieurs auteurs en ont fait mention, mais d'une manière très-sommaire et sans reproduire les réflexions importantes qui l'accompagnent. Le travail original sera lu avec fruit par ceux qui voudront connaître à fond les procédés de la grande méthode des brahmes.

J'aurais encore à vous signaler d'autres opuscules de notre auteur sur les ciseaux, sur la ténotomie comme adjuvant de la guérison dans les plaies des muscles, etc. Mais ce que je vous ai déjà exposé suffit, je pense, pour vous démontrer que M. Fabrizi est un véritable chirurgien, et qu'à ce titre la Société aura avantage à l'associer à ses travaux. Mais il est encore une considération qui m'engage à appuyer chaudement la candidature de notre confrère ; elle est à la vérité toute d'ordre moral, et quoique la vie privée et les qualités personnelles soient souvent mises en dehors des motifs d'adjonction, c'est pourtant une bien douce satisfaction pour un rapporteur que de pouvoir hautement louer l'honorabilité du caractère, la probité scientifique, la haute moralité du confrère dont il examine les actes scientifiques. Sous ce rapport, M. Fabrizi résume en lui les plus hautes qualités des chirurgiens honnêtes, c'est le *vir probus* des anciens temps, et je crois pouvoir l'affirmer hautement sans crainte d'être démenti.

J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. Fabrizi ;

2° De publier dans nos Bulletins le travail qu'il a adressé sur les amputations du pied ;

3° De l'inscrire sur la liste des futurs candidats à la place de membre correspondant étranger.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité ; de plus, le rapport de M. Verneuil est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATIONS.

M. MARJOLIN fait les communications suivantes :

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle guéri par la compression digitale intermittente. — L'intérêt avec lequel vous avez accueilli l'an dernier la lecture du mémoire de M. le professeur Vanzetti, sur les avantages de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes, m'a engagé à vous faire part d'un fait que j'ai eu occasion d'observer tout récemment dans mon service. Il ne s'agit pas cette fois d'un anévrysme spontané, mais d'un anévrysme traumatique assez volumineux, guéri en très-peu de temps par la compression digitale intermittente.

Le 30 septembre dernier, le nommé Pique, âgé de douze ans, entrait à l'hôpital Sainte-Eugénie pour un anévrysme de l'artère palmaire superficielle. Sept jours avant (le 23 septembre), en tombant sur une bouteille, il s'était blessé à la main gauche, au niveau de la partie moyenne de la région hypothénar. Immédiatement après, un jet de sang saccadé s'échappa de la plaie, qui fut simplement réunie avec des bandelettes de diachylum, et plus tard ce pansement fut remplacé par des compresses imbibées d'eau blanche.

Six jours après l'accident (le 29 septembre), une nouvelle hémorrhagie encore plus abondante que la première se manifesta. Le pharmacien, qui avait déjà vu l'enfant, appliqua alors sur la plaie des compresses trempées dans du vin sucré.

Le 30 septembre, le malade m'ayant été présenté, je constatai dans la paume de la main, au niveau de l'éminence hypothénar, une plaie transversale de trois centimètres d'étendue, distante de quatre centimètres du sillon qui sépare l'avant-bras de la main ; au-dessus de cette plaie existait une tumeur oblongue, tendue, assez douloureuse, siége de battements expansifs assez forts pour soulever le doigt. Ces battements étaient isochrones à ceux du pouls, et cessaient dès que l'artère humérale était comprimée. L'auscultation, soit immédiate, soit au moyen du stéthoscope, ne donnait lieu à aucun bruit de souffle. Les battements étaient sensibles dans un espace limité en bas par la plaie, en haut par le sillon qui sépare l'avant-bras de la main, en dehors par le pli qui sépare les deux éminences, en dedans par le bord libre de la main : cet espace avait quatre centimètres d'étendue en tous sens.

Le hasard ayant voulu que M. Vanzetti fût en ce moment à Paris,

je m'empressai de le prévenir afin qu'il fût témoin de la nouvelle application que je ferais de sa méthode. Il examina avec soin le malade, et reconnut comme nous tous les signes d'un anévrysme traumatique; seulement il put constater l'absence de tout bruit de souffle, et son avis fut de recourir à la compression intermittente.

En conséquence, le premier et le deuxième jour la compression fut faite à la partie moyenne de l'artère humérale, deux heures le matin et deux heures le soir.

Le troisième jour, la compression dura six heures, trois heures le matin, trois heures le soir. J'eus soin, comme l'avait recommandé M. Vanzetti, de diminuer de beaucoup la quantité des aliments; l'enfant ne prit que du bouillon et des potages. Dès ce jour, on put sentir que la tumeur avait diminué et que les battements étaient moins forts.

Le quatrième jour, la compression fut portée à huit heures, quatre le matin et quatre le soir.

Le cinquième jour, à la visite du matin, il fut très-facile, en appliquant l'oreille sur la tumeur, de percevoir un bruit de souffle très-prononcé: c'était la première fois qu'on l'entendait. La compression dut être ce jour-là portée à dix heures; on la commença à neuf heures et demie du matin, et à trois heures de l'après-midi les battements avaient cessé en diminuant peu à peu de fréquence. Par précaution, la compression fut encore continuée; je n'eus qu'à m'applaudir du soin qu'eurent les internes du service d'avoir agi aussi sagement, car le lendemain, à la visite, au moment où l'on m'annonçait l'heureux résultat de la veille, je reconnus encore l'existence de battements, bien faibles à la vérité, mais encore trop sensibles pour ne pas nous obliger à revenir à la compression. Elle fut encore reprise quelques heures, et dès lors tout battement disparut. La compression a duré en tout vingt-huit heures, et le succès a été aussi complet que possible.

Aujourd'hui, 20 octobre, la plaie est entièrement cicatrisée, et le malade a quitté le service. Rien n'a été plus simple et plus facile que cette compression; j'ai été secondé avec beaucoup d'attention par MM. Baumez et Pradau, internes du service, ainsi que par les externes, qui se sont prêtés à cette petite exigence avec toute la bonne volonté possible.

De son côté, la sœur du service, en l'absence des élèves, surveillait le petit malade, et a pu également nous être d'une très-grande utilité en exerçant aussi à son tour la compression, procédé, du reste, tellement simple, que l'enfant pouvait lui seul parfaitement l'exécuter.

DISCUSSION.

M. VELPEAU. Je désire seulement adresser une question qui pourra peut-être être résolue par M. Broca. Je suis certain d'avoir lu dans un auteur ancien, du seizième siècle, je crois, qu'on avait guéri des anévrysmes traumatiques par la compression avec le doigt.

M. BROCA. On prétend que l'indication de ce procédé se trouve déjà dans Galien; je l'ai en vain cherchée. Quant à la pratique citée par M. Velpeau, c'est en effet il y a deux siècles qu'elle fut appliquée par un nommé Morel, qui guérissait les plaies des artères par la compression digitale.

M. VERNEUIL. La question est double : il s'agit, en effet, ou du traitement des plaies, ou du traitement des anévrysmes. C'est à Saviard qu'il faut rapporter l'honneur de l'application de la compression digitale à la cure des anévrysmes. Quant au traitement des plaies artérielles par ce procédé, il est très-anciennement connu : Galien, Franco et J. L. Petit l'indiquent.

M. VELPEAU. Dans l'article auquel je fais allusion, et dont je ne puis me rappeler l'auteur, il s'agit bien de la compression digitale appliquée au-dessus d'un anévrysme, la maladie étant consécutive à une lésion de l'artère brachiale produite par une saignée malheureuse.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fongus bénin du testicule chez un enfant de dix mois.— M. GOSSELIN présente un enfant de dix mois offrant un fongus bénin du testicule. C'est, dit M. Gosselin, une affection rare, surtout chez d'aussi jeunes sujets. La maladie a commencé, il y a deux mois, par un gonflement. Sur le sommet de la tumeur s'est faite une ulcération, et par la solution de continuité de la peau s'est développé le fongus, qui depuis quelques jours surtout grossit sensiblement.

C'est seulement le troisième fait de ce genre que je vois. Ce jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agirait donc d'un fongus compliqué d'un état syphilitique.

Je me propose de faire prendre à la mère de l'iodure de potassium pour refaire la constitution de l'enfant.

Quant au traitement local, on pourrait choisir entre les trois procédés suivants :

La castration; l'occlusion de la tumeur par la peau scrotale incisée autour du champignon et disséquée ensuite pour être ramenée au-

devant de la tumeur et maintenue en place à l'aide de suture; ou enfin un pansement compressif exécuté avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par M. Curling, que je me propose de recourir d'abord, pour en adopter un plus radical ensuite s'il n'amène pas la guérison.

Coxalgie hystérique. — M. ROBERT présente une jeune fille qui est convalescente d'une coxalgie qui existait depuis plusieurs années.

Je commencerai, dit M. Robert, par protester contre la confusion établie à propos des maladies de la hanche et des simples affections péri-articulaires. A ces dernières doit seulement appartenir le nom de coxalgies; les autres méritent seules le nom de maladie de l'articulation coxo-fémorale.

La jeune fille que je soumets à l'examen de la Société me paraît présenter un exemple remarquable de coxalgie dont le diagnostic a offert les plus grandes difficultés.

Cette jeune fille est d'un tempérament chloro anémique marqué; de plus elle a des attaques de catalepsie. Quand elle est venue dans mon service, elle portait autour de l'articulation de la hanche des traces nombreuses de cautères.

Le pied était porté dans la rotation en dedans; il y avait un raccourcissement apparent du membre de 4 à 5 centimètres. Le raccourcissement réel ne m'a paru être que de 2 centimètres.

Il y a trois ans, cette jeune fille avait eu une fièvre typhoïde; c'est à la suite de cette maladie qu'apparurent les premiers symptômes de la coxalgie. Elle fut admise dans le service de Boyer, qui la traita comme ayant une maladie de la hanche. M. Verneuil vit la malade, et ne fut pas convaincu de la réalité de l'affection articulaire.

En ne m'en rapportant qu'au raccourcissement, j'étais porté à admettre une maladie articulaire; mais ce qui me faisait hésiter dans l'adoption de ce diagnostic, c'était l'absence de flexion du membre.

Pour m'assurer de l'état réel de la jointure, ce qui ne pouvait être fait en raison des vives douleurs que la malade éprouvait au moindre mouvement du membre, je résolus d'employer l'anesthésie; dès lors je pus imprimer à la cuisse tous les mouvements sans rencontrer la moindre résistance, sans percevoir ni frottement ni craquement. Je pouvais donc prononcer en toute certitude sur l'état de l'articulation; elle restait saine, il ne s'agissait que d'une affection nerveuse.

La malade présentait tous les caractères de la chloro-anémie : teint, insensibilité partielle, etc. Je prescrivis un traitement tonique, et je fis

cesser le repos. La malade marcha d'abord avec des béquilles, et aujourd'hui elle marche presque sans claudication.

Quant au raccourcissement persistant de 2 centimètres, il est probablement dû à un arrêt de développement.

M. FOLLIN dit que des observations de ce genre se rencontrent dans des recueils périodiques anglais.

M. ROBERT. Dans la dernière édition de Brodie, il y a un chapitre très-court sur ce sujet.

M. MICHON ne voudrait pas que cette affection fût désignée sous le nom de coxalgie : c'est un abus de mots. On ne doit pas plus désigner la douleur péri-articulaire de la cuisse sous ce nom, que l'on ne peut désigner sous le nom des autres jointures les douleurs nerveuses qui peuvent se montrer soit autour de l'épaule, soit autour du genou, etc. Le fait de M. Robert est très-intéressant, parce qu'il met en garde contre des erreurs de diagnostic. Deux cas analogues se sont offerts à mon observation.
comme atteinte d'une maladie de la hanche. On avait employé sans succès les traitements habituels. J'avais moi-même pratiqué la cautérisation transcurrente comme moyen révulsif, tout en étant convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une maladie de la hanche.

Les accidents persistaient lorsque la malade fut prise d'attaques convulsives des muscles de la cuisse ; le membre était agité avec la régularité d'un balancier. Cette chorée cessa après un certain temps, et la malade fut guérie.

L'autre fait auquel je faisais allusion présenta exactement les mêmes phases et la même terminaison.

M. BOUVIER a examiné la malade de M. Robert. Il a cru constater que le prétendu raccourcissement de 2 centimètres n'est pas un raccourcissement réel. La difformité apparente tiendrait à un certain degré d'obliquité du bassin. M. Bouvier a remarqué de plus une impossibilité d'amener le membre dans l'abduction.

M. ROBERT examinera à nouveau la malade, et la discussion sera reprise dans la première séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente des pièces dont la description sera donnée dans le prochain compte rendu.

Le secrétaire, A. LABORIE.

ERRATA. — Séance du 29 septembre, page 108, ligne 4, *au lieu de* impossible, *lisez* impossibles; ligne 8, *au lieu de* agitation, *lisez* crépitation. — Page 109, ligne 19, *au lieu de* osseuses articulaires, *lisez* osseuses et articulaires; ligne 26, *au lieu de* partie, *lisez* poulie; ligne 33, *au lieu de* lieu, *lisez* bec. — Page 110, ligne 12, *au lieu de* muscle cubital, *lisez* nerf cubital; ligne 21, *au lieu de* fracturé, *lisez* chiffonné.

Séance du 20 octobre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

Le secrétaire du Collége royal des chirurgiens de Londres adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi des deux derniers volumes des *Bulletins*.

— M. CLOT-BEY, membre correspondant au Caire, adresse un exemplaire de son *Compte rendu de l'examen des élèves de l'Ecole de médecine du Caire*. Paris, 1858, in-8°.

— M. VERHOEGHE, membre correspondant à Bruges, adresse à la Société les ouvrages suivants, dont il est l'auteur :

Du bec-de-lièvre double; *nouveaux procédés opératoires*. Bruges, 1858.

Les résections osseuses d'après les procédés opératoires du professeur Langenbeck. Bruxelles, 1858.

De la rareté comparative de la phthisie pulmonaire sur les bords de la mer. Bruxelles, 1858.

— La Société a en outre reçu un ouvrage de M. Gustave Ross (d'Altona) intitulé : *Beiträge zur plastischen und orthopädischen chirurgie*. Hambourg, 1858, in-8°.

— M. LARREY fait hommage à la Société de son travail intitulé : *Note sur quelques accidents de la revaccination*. Paris, 1858, in-8°.

— M. LARREY offre, au nom de M. de Beaufort, un travail de ce dernier ayant pour titre : *Considérations générales sur la prothèse des membres*. Paris, 1858, in-8°.

M. HUGUIER, à l'occasion du procès-verbal, rappelle une observation qu'il a consignée dans le tome II des *Bulletins* de la Société, et qui paraît confirmer celle de M. Morel-Lavallée. Dans le cas que M. Huguier a publié, l'autopsie démontra que les deux feuillets de la

tunique vaginale adhéraient l'un à l'autre par l'intermédiaire d'une fausse membrane filamenteuse.

Ce fait prouve, avec bien d'autres, que la guérison de l'hydrocèle peut amener l'occlusion de la tunique vaginale.

Apoplexie foudroyante des méninges. — Mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection. — M. MOREL-LAVALLÉE. On a, surtout dans les hospices de vieillards, d'assez fréquentes occasions de constater l'état de la tunique vaginale longtemps après la guérison de l'hydrocèle, et M. Hutin a lu sur ce sujet un mémoire plein de faits à l'Académie. Il est, au contraire, extrêmement rare de pouvoir faire l'examen anatomique de cette membrane dans les premières semaines qui suivent l'opération. Il faut, en effet, que le malade soit surpris par une autre affection pendant la courte durée du travail de résorption. Aussi depuis l'origine de la Société, c'est-à-dire depuis plus de quinze ans, ne lui a-t-il été présenté qu'un seul cas de ce genre, cas d'ailleurs très-intéressant, qui appartient à M. Huguier.

Je viens vous en soumettre un second non moins remarquable par la maladie intercurrente qui a enlevé le sujet, que par les effets de l'injection dans la tunique vaginale.

Le malade avait soixante-six ans; son hydrocèle, d'un volume ordinaire, n'offrait rien de particulier. Le 30 septembre, après l'évacuation de la sérosité, j'injectai, avec une seringue uréthrale, de la teinture d'iode pure, que j'agitai pendant dix minutes dans la tunique vaginale afin de baigner plus sûrement toute l'étendue de sa surface. Un centimètre cube environ de la teinture fut laissé à dessein dans la cavité de la séreuse. Cette petite seringue de verre est parfaitement suffisante, et il y a plus de dix ans que, dans un concours pour une chaire de clinique, j'ai essayé d'établir que la simplicité n'était pas le seul avantage de ce procédé.

La réaction fut modérée; bientôt la tumeur s'était considérablement réduite. Le malade demande sa sortie, heureux de sa guérison prochaine. C'était le onzième jour de l'opération. Mais en faisant une dernière promenade dans le jardin de l'hôpital, il s'affaisse subitement sur lui-même sans faire entendre ni une parole ni un gémissement. Un de nos internes, M. Baudot, appelé immédiatement, le trouva pâle, sans pouls, les yeux immobiles, la bouche béante. Il y avait encore quelques pulsations du cœur assez régulières, mais qui s'éteignirent bientôt; en moins d'un quart d'heure tout était fini.

Autopsie. — En mettant le cerveau à découvert, ce qui frappa d'a-

bord ce fut une infiltration de teinte rouillée de la pie-mère du sommet des hémisphères. Puis on arriva bientôt sur un épanchement sanguin énorme. Sur les surfaces lisses, le sang était resté fluide; sur les surfaces irrégulières, il était coagulé, comme si ses éléments solidifiables s'étaient précipités sur les inégalités de chaque région. Ainsi, tous les ventricules, toute la cavité arachnoïde de la base du crâne, toute l'arachnoïde rachidienne jusqu'à l'extrémité de la queue de cheval, étaient remplis de sang liquide. Seulement de chaque côté de la moelle, mais surtout à gauche, il y avait un long caillot noir, comme un cordon sanguin qui régnait depuis le haut jusqu'en bas, plus marqué et en quelque sorte renflé dans les culs-de-sac formés par l'arachnoïde autour des nerfs jusqu'à leur émergence par les trous de conjugaison. Ces caillots latéraux de l'arachnoïde rachidienne dans ces parties, dont la convergence des racines nerveuses accidentait la surface, sont comme une transition à ce qu'on retrouvait plus haut. Sur les côtés des hémisphères, ainsi qu'à la base du cerveau, le tissu cellulaire de la pie-mère était occupé par du sang coagulé. Les interstices des circonvolutions étaient pour ainsi dire comblés par un caillot sans fin, qui en dessinait la forme jusque dans leur profondeur. Les plexus choroïdes étaient aussi presque enveloppés de caillots, caillots noirâtres comme sur les autres points. Aucune altération ni dans les artères ni dans la substance encéphalique. C'est un type d'apoplexie méningée, où l'épanchement sanguin, par son abondance et son instantanéité, a anéanti la vie par une oppression subite et générale des centres nerveux.

La *tunique vaginale* est comme doublée en dedans par une fausse membrane d'un blanc jaunâtre, qui ressemble, pour l'aspect, l'extrême minceur et la faiblesse, à une feuille humide de papier joseph. Appliquée à toute la face interne de la tunique, sous la portion pariétale et sur la portion viscérale, elle s'en détache à la moindre traction. Elle est traversée à son intérieur par des cloisons quelquefois complètes, mais presque toutes incomplètes, et dans certains points seulement par des filaments tantôt réunis en faisceaux, tantôt éparpillés en éventail ou entre-croisés.

Ainsi que vous pouvez le voir, il en résultait des loges en général communicantes, et d'environ 1 centimètre de diamètre. Elles contenaient environ 30 grammes d'une sérosité qui a retenu un peu la teinte de l'injection iodée.

Cette fausse membrane ne semble-t-elle pas révéler le mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection? Peu à peu, au fur et à mesure

de l'absorption du liquide contenu dans les loges, ces loges diminuent par le retrait de leurs cloisons; puis elles finissent par s'effacer par l'affrontement des deux feuillets opposés de la fausse membrane. Enfin, cette fausse membrane disparaît elle-même par absorption, et la tunique vaginale reprend sa liberté. L'extrême faiblesse de l'adhérence de cette fausse membrane qui se détachait sous la pression de la pointe du scalpel, l'intégrité de la tunique vaginale, établissent pour nous que les choses se passent ordinairement ainsi.

Si l'on admettait dans certains cas, où par exemple l'inflammation aurait été plus intense, la destruction de la tunique vaginale, on serait réduit à expliquer son existence ultérieure par une création, une formation nouvelle, sous l'influence du frottement.

Enfin, il y a sans doute eu adhérence et en même temps, comme conséquence, l'oblitération de la tunique vaginale.

Cette fausse membrane cloisonnée montre encore, suivant nous, l'origine inflammatoire des hydrocèles multiloculaires et de certains kystes également multiloculaires; je dis de certains de ces kystes, car il y en a qui résultent d'une agglomération, de la fusion de kystes primitivement indépendants.

Texture variqueuse des hémorrhoïdes. — Voici, continue M. MOREL-LAVALLÉE, un énorme bourrelet hémorrhoïdal que j'ai enlevé par la méthode de M. Chassaignac, mais par un procédé un peu différent. Il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang, et vous voyez que je n'ai enlevé de la peau et de la muqueuse que juste la zone qui recouvre le bourrelet; la section a été aussi régulière, aussi nette et aussi mesurée qu'avec le bistouri.

La tumeur est essentiellement constituée par des veines variqueuses circulairement entrelacées, et offrant des ampoules multipliées dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz à celui d'une aveline.

J'ajouterai que je m'attache à prévenir le rétrécissement consécutif de l'anus avec des mèches portées d'emblée au diamètre de cet orifice.

M. GOSSELIN eût été curieux de connaître l'état de vascularisation du testicule. Il prie M. Morel de vouloir bien lui dire s'il a recherché les spermatozoïdes dans les conduits séminifères de la pièce qu'il a présentée. Il est porté à penser que l'injection qui est faite dans le but de guérir l'hydrocèle modifie la sécrétion des zoospermes

M. BOINET. M. Gosselin croit donc que la stérilité doit être la conséquence d'une hydrocèle double guérie par injections?

M. GOSSELIN. Je n'ai pas dit cela; M. Boinet ne m'a pas compris, et pour qu'il n'y ait pas de malentendu, voici ce que je pense : les malades affectés d'hydrocèle peuvent guérir avec ou sans occlusion de la tunique vaginale. Dans le premier cas, je crois être autorisé à soutenir que la faculté de sécréter des zoospermes est compromise, tandis qu'il n'en est pas ainsi lorsque la cavité de la tunique vaginale est conservée.

En réponse à une question qui lui est adressée pour savoir si cette opinion repose sur un grand nombre de faits, M. Gosselin dit que, ayant eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique des testicules sur un certain nombre de cadavres, il a souvent constaté une vascularité insuffisante des testicules, avec absence de sécrétion des zoospermes, coïncidant avec l'occlusion de la cavité vaginale. Il suppose que le premier de ces faits est lié au second, et toutes les fois que quelqu'un est appelé à examiner les organes génitaux d'un homme qui a subi l'opération de l'hydrocèle par injection, M. Gosselin demande si l'on a étudié la question au même point de vue que lui.

M. MOREL-LAVALLÉE croit que la stérilité est la conséquence de l'inflammation du testicule.

M. GOSSELIN n'a pas voulu conclure d'une manière formelle; il demandait des renseignements, et ce n'est que pour répondre à une interpellation qu'il a exprimé son opinion.

M. MICHON. M. Gosselin, quoi qu'il en dise, tire des conclusions très-formelles. Si ce qu'il avance était vrai, les chirurgiens devraient s'abstenir d'opérer l'hydrocèle. Heureusement il reste beaucoup à faire pour prouver que l'atrophie des testicules est nécessairement liée à l'adhérence des parois opposées de la tunique vaginale.

M. GOSSELIN. Je désire que l'on apporte des faits et non des raisonnements pour éclairer la question. Quand on trouve sur un cadavre une occlusion de la cavité de la tunique vaginale, il y a en même temps absence de sécrétion des zoospermes et atrophie de l'organe sécréteur. Voilà un fait; je ne veux pas en tirer une conclusion aussi absolue que celle qui m'a, en quelque sorte, échappé au commencement de cette discussion; mais je suis en droit de soutenir qu'une opération qui peut avoir pour résultat d'oblitérer la cavité de la tunique vaginale doit faire craindre l'anémie du testicule. A cause de cela, je demande que l'on examine si les malades qui ont été opérés pour une double hydrocèle ont encore des zoospermes; à cause de cela aussi je préfère à l'injection vineuse l'injection iodée, qui n'a pas pour effet, comme la première, l'occlusion de la cavité vaginale.

M. BROCA ne comprend pas l'importance que M. Gosselin attache aux renseignements qu'il demande : car si les malades avaient conservé la faculté de sécréter des zoospermes, il resterait à en faire l'autopsie pour éclairer la question. En opposition aux faits qui ont été produits dans la discussion, il a trouvé des cadavres qui n'avaient point de zoospermes, bien qu'ils ne parussent point avoir subi l'opération de l'hydrocèle.

M. GOSSELIN dit qu'il a répondu à cette objection dans ses publications. Il s'est appuyé sur les cas dans lesquels il y avait des spermatozoïdes dans un testicule qui était sain et non sur celui dont la tunique séreuse était fermée par adhésion. En réponse à une question qui lui est adressée par M. Chassaignac, il dit que dans les cas qu'il a cités il n'y avait aucune trace de lésion du testicule ; mais il ne peut pas assurer qu'une vaginalite spontanée n'était pas la cause de l'oblitération de la tunique vaginale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente le moule en plâtre de l'avant-bras d'un malade dont l'observation est rapportée dans la note suivante :

Luxation en avant du poignet. — Le 28 septembre 1858 est entré dans le service de M. Huguier le nommé Loichot (Nicolas), âgé de quarante-neuf ans, palefrenier, demeurant à Batignolles, rue du Port-Saint-Ouen, nº 12.

Ce malade est venu réclamer des soins pour une rétention d'urine.

Cet homme est atteint, depuis l'âge de seize ans, d'une luxation en avant du poignet droit. Voici comment cette affection se serait produite : un jour qu'il travaillait à la moisson, il fit une chute sur la paume de la main droite.

Il y eut immédiatement déformation du poignet, avec douleur très-vive et perte des fonctions de la main. Le malade alla trouver un officier de santé qui tira sur la main, annonça qu'il avait réduit et appliqua une simple bande sur la région affectée. Le malade resta ainsi pendant une dizaine de jours, puis supprima la bande et reprit son travail, malgré la douleur qu'il ressentait et le gonflement qui persistait toujours. Il est difficile de savoir si la luxation existait alors telle qu'elle est aujourd'hui : le malade prétend, en effet, qu'à cette époque la déformation n'était pas la même qu'aujourd'hui, et qu'elle ne parvint à ce degré qu'insensiblement, par suite du travail auquel il se livrait.

Quoi qu'il en soit, voici quel est en ce moment l'aspect que présente cette luxation.

Toute la main et le carpe se sont transportés sur le même plan (et sans avoir changé de rapports), en haut et en avant du rebord antérieur de l'extrémité articulaire des os radius et cubitus.

En avant, le talon de la main fait une saillie, au-dessus de laquelle on aperçoit un creux très-prononcé. Cet enfoncement est formé par le retrait en arrière de la tête articulaire des deux os de l'avant-bras que l'on sent très-distinctement : vers la partie médiane la peau est soulevée par les tendons des deux muscles palmaires, et sur le côté interne on sent et on voit parfaitement le tendon du cubital antérieur.

En *arrière,* le carpe s'est déplacé pour se porter en avant, et au-dessus de lui on rencontre l'extrémité articulaire des deux os de l'avant-bras, qui ont conservé leurs rapports ordinaires. Toutefois, la tête du cubitus se prolonge plus bas qu'elle n'a coutume de le faire, et comme elle est hypertrophiée, elle forme une saillie plus grande que la tête du radius. Ces deux extrémités radiale et cubitale présentent (en arrière) leurs caractères normaux, qui se lisent à travers la peau presque aussi nettement que si les os étaient à nu. On y voit, en effet, les crêtes saillantes et le relief que forment les tendons en passant dans leur intervalle. On sent et on voit également la courbure que les tendons éprouvent au moment où ils quittent leurs gouttières pour se jeter sur le carpe. En outre, on sent très-bien, en arrière, si l'on presse un peu fortement, la surface articulaire du radius et du cubitus.

Enfin, on constate une légère abduction de la main qui est reportée en masse du côté radial, mais sans cesser d'être parallèle à la ligne de l'avant-bras. On constate aussi que la main droite est plus petite que du côté sain.

Le radius du côté affecté est plus court que son congénère (de deux centimètres), et le cubitus a la même longueur que celui du bras sain, grâce à l'hypertrophie de son extrémité inférieure; il est par conséquent plus long que le radius avec lequel il est uni. La longueur totale de l'avant-bras et de la main du côté malade est plus petite que celle du côté sain (de près de trois centimètres).

La main et l'avant-bras, siége de la luxation, ont à peu près conservé leur force normale. La flexion qui se passe dans le poignet est conservée, mais incomplétement. L'extension, au contraire, ne peut aucunement avoir lieu, si la main n'est pas appuyée et pressée sur un plan résistant, et encore est-elle très-limitée. Quant aux mouvements d'adduction et d'abduction, c'est à peine s'il en existe, et encore ne sont-ils que passifs.

M. MICHON trouve la pièce présentée par M. Huguier très-digne

d'intérêt ; mais elle ne lui semble pas prouver l'existence d'une luxation *sans fracture*. Il pense qu'on serait autorisé à dire qu'il y a eu, dans ce cas, décollement de l'épiphyse du radius, qui aurait alors été entraînée en arrière.

M. BOINET a trouvé une pièce semblable à celle de M. Huguier. Après l'avoir disséquée, il croyait encore à l'existence d'une luxation simple ; ce n'est qu'après l'avoir fait macérer que l'on put reconnaître la coïncidence d'une fracture du radius avec la luxation. La pièce de M. Huguier, n'établissant pas l'absence de fracture, ne prouve rien contre l'opinion généralement admise.

M. HUGUIER répond qu'on est autorisé à appeler *luxation* une lésion dans laquelle la fracture, si elle existe, n'est qu'une petite complication du déplacement des surfaces articulaires.

M. MARJOLIN croit qu'il y avait fracture et luxation dans le cas de M. Huguier. A l'appui de son opinion, il rapporte deux observations dans l'une desquelles la luxation du poignet se compliquait de fracture, et pourtant le moule de l'avant-bras et de la main, qu'il a déposé au Musée Dupuytren, ressemblait identiquement à celui qui nous est présenté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un malade qu'il a opéré, il y a deux ans, par l'injection iodée pour un kyste hydatique du foie. La guérison s'est maintenue, et rien n'autorise à penser qu'une récidive puisse avoir lieu.

M. DEGUISE présente un malade dont l'observation suit :

Fracture comminutive du tiers supérieur de l'humérus gauche, avec écrasement de la tête humérale et plaie pénétrante de l'articulation de l'épaule. — Résection de la tête et du corps de l'humérus dans une étendue de 17 centimètres. — Guérison.

Christin Fabien, âgé de vingt-cinq ans, ouvrier carrier, est entré à l'hôpital de Charenton le 6 mai 1858, dans les conditions suivantes :

Il était occupé, avec un de ses camarades, à charger une mine dans une exploitation de pierres meulières, et dans cette opération se servait malheureusement d'une tige de fer sur laquelle son camarade frappait avec un maillet. La tige de fer fit étincelle avec la pierre, et une explosion épouvantable les renversa tous les deux en les couvrant de débris. Les deux blessés sont relevés sans connaissance, la figure, le cou, la poitrine et les bras brûlés par la poudre. C'est dans cet état qu'ils sont amenés à Charenton.

Christin, celui qui tenait le bourroir, a de plus que son camarade le bras gauche horriblement fracassé dans son tiers supérieur. Une large plaie déchiquetée et noircie par la poudre, comme dans les coups de feu à bout portant, existe à la partie antérieure de l'épaule; elle est peu saignante et remplie de graviers, au milieu desquels on aperçoit de nombreuses esquilles et une saillie considérable taillée en biseau, appartenant au fragment inférieur de l'humérus.

Les paupières, fortement contractées, se laissent entr'ouvrir avec peine. Les conjonctives sont boursouflées, rouges, saignantes, couvertes d'une multitude de petits graviers. Les cornées n'ont déjà plus leur transparence habituelle; elles sont entamées par le gravier. A gauche surtout, la lésion de la cornée paraît plus profonde, et l'on aperçoit un peu de sang épanché dans la chambre antérieure. Les iris sont immobiles et la vision paraît abolie.

Quoique Christin eût perdu fort peu de sang au moment de l'accident, ainsi que dans le trajet assez long (trois lieues) qu'on lui fit parcourir pour l'amener à Charenton, il était dans un état de faiblesse extrême et de stupeur très-marquée à son entrée à l'hôpital. A l'une et à l'autre radiale, le pouls se sentait avec une certaine difficulté; les lèvres étaient pâles, le corps était froid.

Tisane de mélisse; potion éthérée; eau froide sur les yeux; glace sur la blessure de l'épaule; pansement simple avec du cérat laudanisé sur les brûlures du cou, de la poitrine et des avant-bras; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le lendemain, la stupeur existait encore; le pouls était toujours faible; le corps cependant s'était un peu réchauffé. J'extrais de la plaie de l'épaule plusieurs esquilles. — Même prescription; même pansement.

Le 8, l'état général n'est pas modifié.

Le 9, la stupeur a complétement disparu, mais la faiblesse continue. Les paupières sont tuméfiées, les deux cornées opaques; quelques grains de poudre y sont incrustés; les conjonctives sont très-enflammées. — Même prescription; plus, deux bouillons.

Les 10 et 11, la faiblesse persiste. Il y a quelques frissons. Le pouls est à 110. Cependant, on éprouve toujours de la peine à réchauffer le blessé, qui pousse sans cesse des gémissements.

Les brûlures de la face, du cou, de la poitrine et des avant-bras commencent à suppurer. La plaie de l'épaule, sur laquelle on a constamment maintenu de la glace, donne passage à une sanie roussâtre assez abondante. — Même prescription.

Le 12, encore quelques frissons. Continuation de l'état fébrile. La suppuration s'établit à l'épaule. — Cessation de la glace ; cataplasmes émollients.

Le 14, suppuration abondante et profonde de la plaie de l'épaule. Un foyer purulent s'est établi sous le grand pectoral : incision de cet abcès. La tuméfaction des paupières a fait des progrès ; il est presque impossible de les écarter pour examiner les yeux. On les recouvre de cataplasmes émollients.

Le 15, plus de frissons, mais fièvre intense. Douleurs de tête ; douleurs insupportables dans les oreilles, dans la droite surtout.

Le 16, l'état du blessé ne s'est pas aggravé, mais la suppuration est énorme, et dès lors il devient évident pour moi que les forces du blessé ne pourront pas la supporter. Je me décide en conséquence à pratiquer la résection de la tête humérale et des fragments sous-jacents.

Une longue incision, partant tout proche de la clavicule et en dedans de l'acromion, est venue se prolonger en bas jusque près de la moitié inférieure de l'humérus, intéressant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'os. En rasant avec soin le squelette, je fus assez heureux pour éviter les nerfs et les vaisseaux importants à ménager, mais je rencontrai assez de difficulté pour extraire la tête humérale, qu'il ne me fut possible de faire saillir qu'en la saisissant avec un davier pour lui imprimer un mouvement de rotation. La section du corps de l'humérus fut très-simple.

La longueur totale de l'os retranché est de 17 centimètres. Deux points de suture, de la charpie trempée dans de l'eau froide, une gouttière en carton et une bande très-médiocrement serrée, constituèrent tout le pansement. — Eau gommée, potion laudanisée, trois bouillons et trois décilitres de bordeaux.

Le 17, la journée s'est assez bien passée. Le blessé souffre moins qu'avant l'opération ; la langue est bonne, presque pas de fièvre. Un petit abcès, qui avait commencé à paraître depuis deux ou trois jours à la partie postérieure de l'avant-bras droit, est ouvert et donne issue à du pus de bonne nature. — Les bouillons sont remplacés par des potages.

Le 18, l'amélioration continue.

Le 21, la plaie de l'épaule et du bras offre un bon aspect ; le pus est moins abondant depuis la résection de l'humérus. La plaie résultant de l'incision faite au-dessous du grand pectoral est presque entièrement cicatrisée ; les brûlures vont bien et ne suppurent presque plus. Quant

aux yeux, j'évite de les ouvrir. Le malade accuse de l'appétit. — Potages, œufs, pruneaux.

Le 25, les forces reviennent ; la suppuration diminue. Je découvre une fracture passée jusqu'alors inaperçue, et qui occupe la partie moyenne du radius droit. Cette fracture, du reste, est sans déplacement, et ne communique pas avec l'abcès qui a été ouvert à l'avant-bras de ce côté. — Simple bandage roulé ; alimentation plus abondante.

Le 8 juin, amélioration progressive, retour des forces ; les plaies marchent bien ; les paupières ne sont plus gonflées. A gauche, la cornée est complétement opaque, amincie, avec un staphylome très-proéminent dans lequel l'iris s'est engagé en y contractant des adhérences. A droite, la cornée est encore assez trouble, et il y a un peu d'atrésie de la pupille. Cependant, de ce côté le malade commence à entrevoir les objets, surtout par en haut.

Le 25, consolidation de la fracture du radius. La plaie de l'épaule et du bras suppure toujours, mais très-peu. Les brûlures sont guéries partout, excepté à l'avant-bras gauche.

L'amélioration continue chaque jour sans se démentir, jusqu'au 17 juillet, où le malade est pris tout à coup dans la matinée de coliques très-fortes et de vomissements verdâtres et répétés ; le ventre se ballonne, la face se grippe, etc. ; en un mot, tous les symptômes d'un étranglement interne se manifestent sans qu'il soit possible de rattacher cet état survenu si subitement à une cause quelconque. — Glace avec eau de Seltz, bain prolongé, onction sur le ventre avec l'extrait de belladone. Lavement avec séné et sulfate de soude.

Le 18, la veille au soir, le malade est allé abondamment à la selle ; les coliques ont disparu, et tout est rentré dans l'ordre.

Le 6 août, cicatrisation définitive. A gauche, le staphylome est plus saillant ; à droite, la cornée est devenue plus claire, et le malade peut lire assez facilement.

Le 20 octobre, Christin est présenté à la Société de chirurgie, plus de deux mois, par conséquent, après son entière guérison. On a pu constater :

1° L'entière liberté des doigts et de la main ;

2° L'intégrité des mouvements de pronation et de supination ;

3° La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras ;

4° La possibilité de faire exécuter une très-légère élévation du bras.

La portion d'humérus réséquée et mesurant 17 centimètres a été également mise sous les yeux de la Société.

M. Charrière fabrique en ce moment à Christin un appareil prothétique, suivant les indications ingénieuses que notre savant confrère M. Larrey a déjà eu l'occasion de faire exécuter pour un blessé de Crimée, qu'il a présenté à la Société de chirurgie au mois de février de l'année dernière. Cette prothèse aura pour résultat, je l'espère, de rendre à l'épaule les mouvements d'élévation qu'elle a perdus, ainsi que ceux d'adduction et d'abduction.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 27 octobre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT rappelle à la Société que, dans une des séances précédentes, il a présenté une jeune fille chez laquelle il avait cru reconnaître un raccourcissement du membre inférieur. Ou se souvient que M. Bouvier contesta l'existence de ce raccourcissement. M. Robert ne voulut pas insister; mais après un nouvel examen, pour lequel il croit s'être mis en garde contre toutes causes d'erreur, il n'hésite pas à soutenir qu'il y a un raccourcissement de 2 centimètres et demi, qui porte moitié sur la cuisse, moitié sur la jambe.

M. MAISONNEUVE a eu l'occasion d'observer un fait analogue chez une jeune fille qui, étant restée deux ans allongée dans son lit pour une maladie du genou, vit son membre s'atrophier, et le chirurgien put constater un raccourcissement très-appréciable.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Gannat*, par M. Ch. Laronde.

M. Henry Thompson, déjà inscrit sur la liste des candidats, au titre de correspondant étranger, adresse les deux volumes suivants dont il est l'auteur :

1° *The enlarged prostate, pathology and treatment*, London, 1858, in-8°;

2° *The pathology and treatment of stricture of the urethra, and urinary fistules.* 2e édition, London, 1858, in-8°.

— M. LARREY communique de la part de M. Brainard, membre correspondant, l'observation suivante :

Dans le courant de l'année 1853, l'auteur de cette observation a publié à Paris un *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os*, dans lequel il proposait un nouveau mode de traitement pour certaines de ces difformités, tel que la projection anguleuse des os résultant de fractures mal traitées. Ce mode de traitement proposé consistait à affaiblir l'os par des perforations sous-cutanées et à causer son ramollissement par l'inflammation ainsi excitée, et ensuite à le redresser par la pression graduelle ou soudaine des mains. Les faits cités dans le mémoire en faveur de ce mode de traitement étaient le résultat d'expériences faites sur les os d'animaux vivants, principalement sur les chiens. On y avait joint quelques planches représentant des os courbes et partiellement fracturés par un tel traitement.

Je n'avais pas eu cependant à cette époque l'occasion d'appliquer le traitement sur l'homme, et ce n'est que dernièrement que j'ai pu le faire. Le cas qui fait le sujet de cette observation est le premier et jusqu'à présent le seul dans lequel l'application de la méthode ait été jugée convenable.

Le voici :

Le 15 mai 1858, un robuste garçon âgé de trois ans me fut amené pour être traité d'une difformité de la jambe gauche.

Lorsqu'il n'avait que trois mois, ce garçon avait fait une chute violente des bras de sa mère, et la conséquence en avait été la fracture des os de la jambe; comme l'enfant était trop jeune pour marcher et que les parents étaient extrêmement ignorants, on avait fait peu d'attention à la blessure, et l'on n'avait eu recours à aucun traitement. Ce ne fut que lorsqu'il fut plus âgé et qu'il essaya de marcher, que la gravité de la difformité devint apparente.

État présent. — La jambe gauche est de trois pouces plus courte que l'autre, et présente sur le devant, un peu au-dessus du milieu, une projection anguleuse. Lorsque l'enfant marche, la partie basse et antérieure du tibia repose sur la surface supérieure du pied. Il n'y a ni enflure ni sensibilité à l'endroit de la fracture.

Opération. — L'enfant ayant été mis sous l'influence du chloroforme, un instrument, que j'ai nommé *perforateur*, qui a 10 centimètres de diamètre, fut introduit dans deux différentes directions à travers le tibia à l'endroit de la fracture et par une seule ouverture à la

peau. Après que l'instrument eut été retiré, un morceau de sparadrap fut appliqué sur l'ouverture de la peau, et un léger bandage fut placé autour du membre. La jambe appuyée alors sur un lit ferme, j'essayai de rompre le cal avec mes mains, en y ajoutant presque tout le poids de mon corps. Il ne céda cependant pas du tout, et ne pensant pas qu'il fût prudent d'employer plus de force, je me désistai et j'ordonnai aux parents de maintenir le bandage imbibé d'eau froide.

L'inflammation qui suivit cette opération et les efforts faits pour redresser le membre furent considérables, et une rougeur érysipélateuse s'étendant de la cheville au genou se manifesta et dura plus d'une semaine. Il n'y eut pas de suppuration, et par le repos et l'application des lotions évaporables, l'inflammation se dissipa. Au bout de dix jours, le 25 mai 1858, un autre essai pour redresser la jambe fut fait.

Quoique je m'attendisse à un changement favorable, je fus un peu surpris de trouver qu'une force très-modérée, appliquée par les mains, suffisait pour faire céder le cal. Une attelle en bois en forme de gouttière, garnie d'un coussin avec un appui-pied, fut appliquée à la partie postérieure de la jambe et assujettie par un bandage roulé et aussi serré qu'il était possible de le supporter. Cette opération ne causa que très-peu de douleur. Le bandage fut replacé tous les trois jours d'abord, puis une fois par semaine pendant quatre semaines, et au bout de ce temps la jambe était tout à fait redressée, excepté une légère superposition des fragments. Durant cette partie du traitement, le jeune garçon marchait avec l'attelle et sans éprouver de peine. On recommanda aux parents d'appuyer tous les jours avec les mains sur la projection. Aujourd'hui, 25 août, plus de trois mois après l'opération, la jambe a l'apparence normale; l'attelle a été retirée, le jeune garçon marche bien, et la cure paraît complète.

Réflexions. — Les moyens employés jusqu'à présent pour la guérison des difformités semblables à celle du cas ci-dessus présenté sont la section ou la résection du cal et l'extension soudaine ou graduelle. Je n'ai l'intention de faire aucune réflexion sur le mérite de ces modes d'opérer, que les membres de la Société de chirurgie sont en état d'apprécier; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ils sont tous violents et non sans danger, excepté le dernier, qui est insuffisant dans tous les cas qui ne sont pas récents.

La méthode que j'ai proposée, et qui se trouve corroborée par l'heureuse application que j'en ai faite dans le cas relaté ci-dessus, est fondée sur le fait bien connu, à savoir, que les os sont ramollis par l'inflammation. Dans le mémoire dont j'ai parlé, j'ai essayé de montrer

que par la perforation sous-cutanée et l'inflammation qui en résulte, les os sont tellement affaiblis, qu'on peut les courber et les casser en partie, comme un rejeton de bois vert, sans beaucoup d'efforts. Le cas que je viens de rapporter démontre que ce principe est vrai pour le cal comme pour les os.

Les chirurgiens ont depuis longtemps senti le besoin de trouver un moyen de ramollir le cal difforme. L'usage des fomentations, des bains, des frictions, etc., est une preuve suffisante de ce fait. Le docteur Malgaigne, dans son ouvrage classique sur les fractures (p. 333), dit: « Une question assez importante est de savoir si l'art possède quelques moyens de ramollir le cal pour lui permettre de céder plus facilement »; et après avoir cité les moyens ci-dessus énumérés et d'autres, il conclut qu'aucun d'eux ne mérite la confiance: c'est à ce besoin que j'espère suppléer par l'introduction d'un nouveau mode de traitement.

Comme conclusion, permettez-moi d'ajouter que je ne conseille pas l'emploi de cette méthode dans tous les cas. L'âge, la bonne santé de mon patient et la situation superficielle du tibia (le seul os sur lequel il a été opéré), étaient des circonstances favorables au succès. Cependant, je ne laisse pas d'espérer que ce mode de traitement ne trouve son application dans une grande variété de cas considérés jusqu'à présent comme incurables, ou dans lesquels des opérations plus dangereuses étaient regardées comme nécessaires.

RAPPORT.

M. GOSSELIN. M. Lizé, candidat au titre de membre correspondant, vous a adressé une série de travaux qui ont été renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Michon, Houel et moi, et j'ai été chargé de vous rendre compte de ceux de ces travaux qui sont relatifs aux fractures.

Nous n'avons pas seulement à analyser des manuscrits, nous avons aussi à mettre sous vos yeux les pièces elles-mêmes, qui ont été envoyées par M. Lizé, mais qu'il n'a pas été possible de vous présenter le jour même où elles sont arrivées.

En premier lieu, voici un avant-bras gauche sur lequel se trouve simultanément une fracture de l'extrémité inférieure du radius, sans pénétration permanente, mais avec brisure comminutive du fragment inférieur; il y a de plus une fracture de l'extrémité supérieure du même os, comme sur les pièces du même genre décrites par M. Verneuil.

En second lieu, nous vous montrons un fémur gauche, un tibia droit et un humérus droit provenant d'un homme qui a succombé avec des fractures multiples, après une chute d'une grande hauteur. Sur le fémur, il y avait d'abord une fracture du col, au voisinage du grand trochanter. Le fragment supérieur ayant été perdu, il est probable qu'il n'y avait pas de pénétration permanente. Mais vous remarquez sur le fragment inférieur, le seul qui nous ait été envoyé, une profonde dépression avec disparition de la substance spongieuse, ce qui indique, selon moi, que le fragment supérieur est entré de force dans l'inférieur, à la manière d'un coin, en écrasant son tissu spongieux et produisant sur la lame compacte qui limite la dépression plusieurs fissures longitudinales parallèles au grand axe du col. L'une de ces fissures, l'antérieure, va se terminer sur une fracture du corps. Celle-ci, qui est fort difficile à analyser et qu'on peut considérer comme s'étendant de la portion sous-trochantérienne de l'os au tiers moyen, est remarquable surtout par la présence d'une grande esquille détachée des faces antérieure et externe du fémur.

Sur le tibia, on voit un peu au-dessus de la partie moyenne une fracture qui, selon M. Lizé, est oblique. Il y a de plus une division verticale du fragment supérieur, et cette division est pour l'auteur un exemple de fracture longitudinale accompagnant une fracture oblique. M. Lizé n'établit aucune relation de cause à effet entre les deux solutions de continuité, et se contente d'invoquer ce nouveau fait à l'appui de l'existence des fractures longitudinales. Permettez-nous de faire remarquer en passant que cette fracture est un exemple de celles que Gerdy a nommées en pointe et que j'appelle en V, et qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur la pièce pour voir que la fracture verticale a dû être produite par la pénétration du fragment inférieur pointé dans le supérieur.

Sur l'humérus, il y avait une fracture de la grosse tubérosité, qui se trouvait ainsi séparée du reste de l'os.

Voici enfin le tibia gauche d'un autre malade, âgé de cinquante-neuf ans, qui a reçu dans une carrière une énorme pierre sur la jambe, et chez lequel l'amputation a dû être faite. Ce tibia est remarquable en ce qu'il présente sur son corps trois fractures superposées, à peu près également distantes les unes des autres, toutes trois complètes, et présentant un certain nombre de dents sur un des fragments, et sur l'autre des échancrures en V du sommet desquelles partent de petites fissures formant encore de petites fractures longitudinales incomplètes.

Pour tirer de l'examen de ces pièces tout le fruit possible, il importe de considérer à part, comme on doit le faire sur toutes les pièces du

même genre, le trait principal et les traits accessoires ou consécutifs de la fracture.

1° Pour le trait principal, examinons d'abord sa direction : vous ne remarquez sur aucune de ces fractures les variétés qui nous ont été transmises par la tradition et les auteurs classiques. Nous ne saurions admettre avec l'auteur que sur ce fémur et ces tibias les fractures soient obliques; si on voulait qu'elles le fussent, elles ne le sont certainement pas de la façon dont nous l'avons si longtemps compris dans les écoles. Je ne sais si je m'abuse, en effet, mais il me semble que sous ce nom de fractures obliques, on nous désignait des solutions de continuité dont le trait était supposé dans le même plan sur les deux fragments, ou, mieux, était disposé de telle façon qu'on eût pu le reproduire sur un os semblable avec un seul trait de scie. Or, voyez ces fractures de M. Lizé : sur aucune le trait n'est exactement dans le même plan sur les deux fragments; toutes, pour être imitées sur des os de même nature, nécessiteraient deux ou plusieurs traits de scie. Tantôt la fracture est transversale d'abord, puis se prolonge en dehors, en dedans, ou bien en avant et en arrière sur les parois du canal médullaire, pour limiter une dent ou pointe plus ou moins prolongée, à laquelle correspond une échancrure analogue sur l'autre fragment. Tantôt le trait n'est horizontal en aucun point, mais offre une série de dents ou de pointes, et par suite une conformation qui les éloigne singulièrement de la forme oblique généralement admise.

Si maintenant nous comparons ces fractures de M. Lizé à toutes celles que nous avons eu l'occasion de voir depuis quelques années, nous sommes frappés de la grande ressemblance qui existe entre elles. Lorsque Gerdy et M. Malgaigne ont fait connaître, le premier les fractures en pointe, le second les fractures dentelées, ils ont signalé ces dispositions comme des exceptions, et en ont tenu peu de compte dans la description ultérieure des symptômes, du pronostic et du traitement de chacune des fractures.

Moi-même, à l'époque où j'ai fait connaître les fractures en V, tant dans une note publiée par la *Gazette des Hopitaux* en 1855, que dans les leçons cliniques qui ont servi pour la thèse de M. Bourcy, je croyais indiquer une fracture insolite, et beaucoup plus rare chez les adultes que les fractures obliques, à la fréquence desquelles l'autorité des maîtres m'avait habitué à croire. Cependant, je ne tardai pas à être frappé de la pénurie de nos musées sur ce sujet, et de l'insuffisance de nos études sur la direction des fractures. Pour que cette étude devînt complète, il fallait examiner les fractures à l'état récent. Or, soit que l'oc-

casion ne s'en fût pas présentée, soit qu'on eût négligé d'en profiter, cet examen n'avait pas été bien fait. Depuis quelques années, et peut-être depuis que dans mes leçons et dans mes conversations avec mes collègues j'ai insisté sur ce point, on y a fait plus d'attention. Le Musée Dupuytren s'est enrichi de pièces relatives à des fractures récentes. Plusieurs ont été montrées à la Société, d'autres m'ont été montrées à moi-même; en voici trois nouveaux exemples que je mets actuellement sous vos yeux, deux pour le tibia et un pour le fémur.

Toutes les pièces auxquelles je fais allusion ont été recueillies sur des adultes. Je n'ai encore aucune conclusion à présenter pour les enfants. Mais pour les adultes, il m'est permis de dire qu'on n'a pas jusqu'à présent fait voir de fracture franchement oblique ; on n'a montré que des fractures dentées et en pointe, c'est-à-dire présentant un certain nombre de saillies ou dents plus ou moins longues sur l'un des fragments, avec des échancrures de même forme. Sur l'autre, je ne suis pas certain que ces dispositions soient aussi communes au membre supérieur qu'à l'inférieur, car la plupart des pièces que j'ai rencontrées ou qui m'ont été montrées appartenaient au dernier. Mais pour ceux-ci, je suis en mesure d'avancer, d'après les pièces de M. Lizé et d'après les autres pièces que j'ai vues, que les fractures obliques proprement dites des os longs sont rares, et que les fractures dentées de M. Malgaigne, en pointe de Gerdy, et en V, sont de beaucoup les plus fréquentes; qu'il y a lieu en conséquence de faire dès à présent pour les fractures obliques chez les adultes ce qu'a déjà fait M. Malgaigne pour les transversales, c'est-à-dire de les considérer comme une exception rare, et non comme une règle. Je crois surtout que le moment est venu d'approprier la description des fractures à cette innovation.

Mais, dira-t-on, quelle utilité peut-il donc y avoir à contester les fractures obliques classiques, et à leur substituer les fractures dentelées et en V? N'y a-t-il pas là tout simplement une subtilité de langage, une querelle de mots ? Non ; s'il en était ainsi, je ne m'arrêterais pas avec autant d'insistance à modifier les idées reçues, et je m'en tiendrais aux bonnes innovations anatomiques dont nous sommes redevables à M. Malgaigne. Mais c'est qu'à ces directions se rattachent, selon moi, des lésions consécutives souvent capitales par leur gravité et leur influence sur la marche ultérieure de la maladie. Ce sont précisément ces dernières lésions que j'ai voulu désigner tout à l'heure en parlant des traits ou solutions de continuité accessoires.

2° Je viens donc appeler de nouveau l'attention de la Société sur ces

fissures plus ou moins prolongées, et ces écrasements que l'on observe quelquefois sur l'un des fragments d'une fracture ou sur les deux, et qui ont été causés par la pression que ces fragments ont exercée l'un sur l'autre au moment de l'accident, fissures et écrasements qui caractérisent plus spécialement les fractures que j'ai nommées en V, et que j'appelle volontiers, avec M. H. Larrey, cunéennes. Il importe de considérer successivement ces lésions consécutives sur le corps et sur les extrémités des os longs.

A. *Sur le corps.* — On ne voit souvent pas autre chose que des fissures de quelques millimètres de longueur, partant du sommet des échancrures ou V rentrants qui correspondent aux saillies ou V saillants de l'autre fragment. Il n'y a pas de lésion concomitante sérieuse de la substance médullaire. Ces fissures ont par elles-mêmes peu d'intérêt pratique ; du moins elles ne me paraissent ajouter aucune gravité à la blessure, mais elles doivent être notées avec soin, parce que, rapprochées des autres lésions dont je vais parler, elles indiquent un mécanisme général avec lequel il est bon de se familiariser. D'autres fois, comme sur le tiers supérieur du tibia présenté par M. Lizé, et comme sur le tiers inférieur des tibias que nous avons, M. Chassaignac et moi, montrés à la Société, une fissure de ce genre se prolonge au loin, jusque dans la cavité articulaire voisine, après avoir décrit une courbe en spirale ou une ligne droite, et en constituant dans ce dernier cas une variété de fracture longitudinale incomplète.

J'ai déjà dit ici que le mécanisme de ce trait accessoire était celui du coin, et qu'il était tout indiqué dans la plupart des cas. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur une des pièces de M. Lizé (le tibia gauche) pour vous convaincre que la fracture longitudinale a été produite par un éclatement dû à la pénétration de la longue et solide pointe du fragment inférieur dans le supérieur. N'y a-t-il pas là, comme sur le col du fémur gauche du même auteur, une dépression de la substance spongieuse qui indique qu'elle a dû être pénétrée et brisée par cette pointe, dont la forme se prêtait parfaitement à la pénétration.

Je n'admets donc pas avec M. Lizé que cette fracture longitudinale ait été produite par le premier des mécanismes indiqués par M. Bouisson, savoir : l'aplatissement et la déformation de l'os par un corps pesant. S'il en était ainsi, on verrait sur l'os d'autres traces de cet aplatissement. C'est le second mécanisme du professeur de Montpellier, c'est-à-dire le mécanisme du coin, qu'il faut invoquer ici. Seulement, tandis que M. Bouisson n'admet les fractures longitudinales par ce mécanisme qu'à la condition de l'introduction d'un corps vulnérant solide,

étranger à l'individu, entre les fragments (***Tribut à la chirurgie***, t. Ier), j'ai établi que les longues pointes ou dents d'un fragment très-solide pouvaient agir de cette façon, et j'explique ainsi le plus grand nombre des fractures longitudinales surajoutées à une fracture dentée ou en V. Je répète que l'examen des pièces que nous avons actuellement sous les yeux ne laisse aucun doute à ce sujet.

B. *Sur les extrémités.* — Chacun sait combien il est fréquent, dans les fractures des extrémités spongieuses des os longs, de trouver une division multiple ou un écrasement du fragment le plus court, celui qui est le plus rapproché de l'articulation. Le radius de M. Lizé, l'extrémité inférieure du fémur que je viens de montrer, en sont de nouveaux exemples. Dans tous ces cas, il y a une solution de continuité principale qui se rapproche de la direction transversale, mais qui le plus souvent est encore dentée, en ce sens que sur l'un des fragments, la surface fracturée présente une saillie qui a pénétré la première dans l'autre, et l'a fait éclater. L'écrasement de l'extrémité inférieure du radius, la pénétration du col du fémur dans le grand trochanter, la division intercondylienne dans les fractures de l'extrémité inférieure du même os, ont presque toujours lieu suivant ce mode, qui est indiqué tout à la fois par l'examen des pièces anatomiques sur lesquelles nous voyons le tissu spongieux écrasé, et par la cause même de la fracture, une chute dans le sens vertical.

Je ne vais pas jusqu'à prétendre que toutes les fractures articulaires aient lieu par ce mécanisme; je le réserve surtout pour ces cas si communs dans la vieillesse, dans lesquels l'os n'a été soumis à aucune pression latérale ou périphérique, et n'a pu éprouver au moment de l'accident qu'une inflexion avec ou sans torsion.

Reste maintenant à exposer quelles sont les conséquences cliniques de ces études anatomiques. J'ai déjà expliqué devant la Société pourquoi, dans les cas où il y avait complication de plaie, le broiement du tissu osseux par suite de la pression réciproque dont je viens de m'occuper, ajoutait de la gravité à la blessure. De plus, les écrasements et délabrements, ceux surtout du tissu spongieux, produits par ce mécanisme, ont pour résultat de donner lieu à un certain nombre de déformations et de déplacements qu'on ne peut pas corriger, contre lesquels la tradition nous conseille de lutter, et contre lesquels cependant nous luttons toujours en vain. Il serait temps qu'on se familiarisât avec ces impossibilités, auxquelles notre éducation chirurgicale ne nous a pas préparés, et que les nouvelles notions anatomiques font si bien comprendre.

Mais votre rapporteur s'aperçoit qu'en développant ce sujet, que n'a pas du tout abordé M. Lizé, il s'éloignerait trop des travaux de ce dernier, et dépasserait les limites d'un rapport. Il juge plus convenable de réserver l'exposé de ses idées sur ce point pour un travail qu'il va publier sur l'irréductibilité dans les fractures.

En somme, les pièces présentées par M. Lizé, et les descriptions manuscrites de ces pièces, ont, à l'époque actuelle, de l'intérêt, parce qu'ajoutées à d'autres, elles serviront à introduire un perfectionnement dans l'étude des fractures. Ces pièces et ces descriptions recommandent honorablement l'auteur, et seront rappelées dans le rapport définitif que M. Houel vous présentera bientôt.

Pour le moment, nous n'avons à vous proposer qu'une conclusion, celle de déposer honorablement les manuscrits dont il vient d'être question dans les archives de la Société.

Luxation spontanée de la hanche. — M. ROBERT. En 1847, un médecin de Dammartin m'adressa une petite fille de sept ans qui était affectée d'une luxation congénitale de la hanche gauche, pour laquelle je réclamai l'assistance de M. Ferd. Martin, l'habile bandagiste, qui, au moyen d'un appareil à extension, amena la tête du fémur de la petite malade au niveau de la cavité cotyloïde.

Le traitement dura neuf ou dix mois, et je n'avais plus entendu parler de cette jeune fille, lorsque, il y a quelques jours, elle vint me consulter pour un kyste du poignet. J'ai pu constater qu'elle marche sans fatigue et sans claudication. Personne ne se douterait aujourd'hui, en la voyant, qu'elle a eu une luxation de la hanche. Je l'ai examinée par-dessus sa chemise, et je n'ai rien constaté d'anormal dans les rapports du fémur avec l'os iliaque. Mais le membre paraît plus court de 3 centimètres que celui de l'autre côté ; le pied est aussi un peu plus petit. Par une mensuration que j'ai faite avec soin, j'ai reconnu que le raccourcissement ne porte point sur la jambe, mais bien sur la cuisse, ou sur la hanche.

La jeune fille plie les deux cuisses d'une manière régulière ; cependant un développement plus considérable du sourcil cotyloïdien du côté qui a été malade semble indiquer qu'il y a quelque chose d'anormal du côté de l'articulation.

Je sais que Pravaz a soutenu qu'on transforme la luxation et qu'on ne la guérit pas. Aussi faudrait-il une pièce d'anatomie pathologique pour apporter la preuve de la guérison d'une luxation spontanée. Jusque-là on n'aura pas une démonstration scientifique ; mais la théra-

peutique ne peut pas demander plus que ce qui a été obtenu dans le cas qui vient d'être rapporté.

M. LENOIR a observé un fait qu'il croit devoir rapprocher du précédent. Une petite fille fut traitée pendant trois ans par M. Gillebert d'Hercourt pour une luxation de la hanche. Après ce traitement, M. Lenoir eut l'occasion de la voir à Vichy, et il la crut guérie ; mais peu à peu la claudication s'est reproduite, et aujourd'hui la petite malade est à peu près dans l'état où elle était avant le traitement.

La guérison des luxations congénitales, dit M. Lenoir, est de celles sur lesquelles on ne peut pas compter, quand on se rappelle les déformations de la cavité cotyloïde qui accompagnent ces déplacements.

M. CHASSAIGNAC. Au point où en est la science, on ne doit s'appuyer que sur des faits irréfutables. Une luxation acquise peut en imposer pour une luxation congénitale ; il faut donc des observations absolument complètes pour permettre de conclure comme on l'a fait. J'ai vu, dit M. Chassaignac, une jeune fille de la rue Saint-Martin qui a été soumise pendant trois ans au traitement par l'extension, et elle est restée dans un état des plus fâcheux. Pour remédier à la claudication dont elle est affectée, j'aurais voulu trouver un appareil prothétique, mais je n'ai rien trouvé de satisfaisant.

M. Chassaignac réplique que la guérison d'une luxation congénitale donnerait lieu à une conformation en rapport avec la forme et la direction de la cavité cotyloïde.

M. ROBERT répond qu'une luxation traumatique eût donné lieu à du gonflement, à de l'inflammation dont il n'a pas vu la moindre trace, et il ne doute point de la nature de la luxation qui a été soumise à son observation. Depuis sept ou huit ans, la jeune fille ne porte plus d'appareil, et elle marche à peu près comme si elle n'avait jamais eu de lésion du côté de la hanche. C'est une luxation congénitale que l'on peut considérer comme guérie, bien qu'il soit difficile de se rendre compte de l'état anatomique de l'articulation coxo-fémorale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA présente deux pièces d'anatomie pathologique, dont l'une consiste dans un tube gélatiniforme, long de 30 centimètres, qui a été rendu dans une garde-robe par une femme habituellement constipée.

La seconde pièce offre un plus grand intérêt. Elle a été prise sur le cadavre d'une femme dont voici l'histoire succincte :

Une malade, âgée de vingt-huit ans, était affectée d'un polype du

col de l'utérus, dont le volume égalait à peu près celui d'un œuf ; elle fut adressée par M. Piedagnel à M. Broca, qui se décida à faire l'excision du polype au moyen de l'écraseur linéaire. Cette opération, ayant été pratiquée, ne donna lieu qu'à un suintement de sang peu considérable, et qui ne dura qu'un jour. Bientôt la malade, se trouvant rétablie, demanda son *exeat*.

Avant d'accéder à ce désir, M. Broca, ayant porté le doigt indicateur dans le col de l'utérus, reconnut qu'il y restait une petite tumeur du volume d'une noisette, formée par une partie du pédicule du polype, et pour la destruction de laquelle il se décida à pratiquer la cautérisation au fer rouge.

Par précaution, le chirurgien fit cette opération en deux temps, dans l'intervalle desquels une assez grande quantité d'eau froide fut injectée dans le spéculum. La malade ne ressentit aucune douleur ; mais dans la soirée son ventre devint douloureux, et le lendemain une péritonite des plus intenses était évidente pour tout le monde.

La mort étant survenue trois jours plus tard, l'autopsie permit de constater que les trompes utérines étaient parfaitement saines, que la membrane muqueuse utérine était rouge, et que le point du col sur lequel avait porté la cautérisation était loin de la cavité péritonéale ; mais du pus séreux en grande abondance recouvrait la masse des intestins.

M. Broca, ayant pris toutes les précautions possibles pour cette opération, se demande s'il est un moyen sûr de ne pas exposer à la mort les femmes que l'on soumet à la cautérisation par le fer rouge.

M. MAISONNEUVE ne s'étonne pas de cet accident, que des praticiens plus âgés que M. Broca ont vu survenir à la suite de l'application du spéculum ou après le simple toucher par le vagin. Il regrette que pour l'opération on n'ait pas préféré à l'écraseur le serre-nœud métallique, qui suivant lui permet de donner la direction que l'on désire à l'anse qui doit étreindre le pédicule du polype.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Maisonneuve que le reproche adressé à l'écraseur n'est ni juste, ni de bon goût. Après l'excision des polypes utérins, il reste, dit-il, presque toujours une partie du pédicule qui finit par tomber d'elle-même. Il est évident pour tout le monde que la mort est étrangère à la première opération.

— M. MAISONNEUVE présente deux tumeurs qu'il a enlevées par le procédé de la cautérisation en flèches.

La première de ces tumeurs est un volumineux cancer ulcéré

du sein gauche, pour lequel M. Maisonneuve a été obligé d'employer quarante-cinq flèches : vingt-neuf à la circonférence et seize dans le corps même de cette tumeur.

La malade soumise à cette opération n'a pas eu un instant de fièvre, et le neuvième jour, la tumeur s'est détachée en bloc. Elle a 60 centimètres de circonférence; sa face superficielle est creusée d'une profonde excavation due à l'ulcère cancéreux. Sa face profonde est régulière, sauf quelques tractus intermusculaires que certains praticiens considèrent comme des prolongements du cancer.

La deuxième pièce consiste en une tumeur sous-maxillaire consécutive à une opération de cancer de la lèvre inférieure.

Cette tumeur, du volume du poing, a été cernée il y a huit jours par quinze flèches caustiques disposées de manière à représenter un cône dans la profondeur des tissus.

La réaction inflammatoire fut à peu près nulle, les douleurs furent très-modérées, et le huitième jour, le matin, la tumeur se détacha d'un seul bloc. L'artère faciale s'est trouvée comprise dans l'épaisseur de la tumeur sans qu'il se soit produit aucune hémorrhagie. L'os maxillaire inférieur est mis à nu. Du reste, le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

Le secrétaire, A. Guérin.

Séance du 3 *novembre* 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bouvier dit que la malade dont M. Robert a parlé dans la dernière séance lui avait paru ne pas avoir de raccourcissement réel. Après le nouvel examen fait par M. Robert, il ne croit pas pouvoir persister dans cette manière de voir; mais il continue à soutenir que chez cette jeune fille il y a inclinaison du bassin et raccourcissement apparent du membre inférieur.

M. Robert repousse l'opinion de M. Bouvier, parce que le raccourcissement serait énorme et produirait une claudication excessive, s'il y avait une inclinaison du bassin coïncidant avec un raccourcissement réel. M. Bouvier s'en est laissé imposer par la mensuration, qu'il n'a pas pratiquée en prenant pour points de repère l'épine iliaque antérieure et supérieure et la malléole externe.

M. Bouvier répond que ce mode de mensuration n'est point à

l'abri de tout reproche. Quand on mesure de cette manière, un changement dans les rapports des surfaces articulaires, suivant que le membre est plus ou moins dans l'abduction ou dans la flexion, peut facilement induire en erreur. Passant au second malade dont M. Robert a rapporté succinctement l'observation, M. Bouvier dit qu'il n'a pas douté un instant de l'existence d'une luxation congénitale, mais il craint qu'elle n'ait pas été réduite.

Quant à la jeune fille qui a été citée par M. Lenoir, M. Bouvier n'a pu parler de sa guérison, dans le rapport dont elle a été l'objet, que d'après la relation qui en avait été faite par M. Gillebert d'Hercourt. Des doutes s'étaient déjà élevés dans son esprit ; il ne s'étonne pas de les voir confirmer par les dernières remarques de M. Lenoir.

M. LENOIR n'a pas eu l'intention d'attaquer le rapport de M. Bouvier ; il n'a donné le renseignement relatif à la jeune malade de Vichy que parce qu'il est en contradiction avec l'opinion qu'il avait lui-même soutenue à l'occasion du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt.

M. ROBERT. Je sais quels sont les symptômes qui caractérisent une luxation congénitale; ils étaient on ne peut plus évidents chez la jeune fille de Dammartin, et s'il n'en reste plus rien aujourd'hui, c'est que la guérison s'est produite à la suite du traitement. Il y a bien encore quelque chose d'un peu embarrassé dans la marche de cette jeune fille, mais je crois que cela dépend uniquement de ce que la tête du fémur est un peu plus en arrière qu'à l'état normal. Rien ne pouvant faire croire à l'existence actuelle d'une luxation, n'est-on pas en droit de soutenir que c'est bien là un cas de guérison? En thérapeutique, on ne peut pas aller plus loin.

M. BOUVIER. Je ne comprends pas qu'il y ait guérison d'une luxation sans réduction. Quand un membre luxé n'a pas été remis en place, il peut sans doute se faire des changements dans l'état apparent du malade; ainsi on voit la claudication diminuer chez les enfants qui n'ont point eu leurs luxations réduites, mais ce n'est qu'une amélioration qui n'est pas durable.

M. RICHARD. Pour résoudre la question qui nous occupe en ce moment, il faudrait que l'on fût toujours fixé sur le point de départ, et il n'en est pas toujours ainsi ; pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai la jeune fille que M. Bonnet (de Lyon) opéra lors de son dernier voyage à Paris.

Avant l'opération, tout le monde croyait à l'existence d'une coxalgie, lorsque, après un nouvel examen, une luxation congénitale fut regardée comme évidente. Eh bien, j'ai reçu récemment une lettre de M. Bon-

net, qui m'annonce que la jeune fille est tellement bien, qu'il est forcé d'admettre la première opinion et de repousser l'existence d'une luxation congénitale.

M. BOUVIER. La communication de M. Richard me surprend ; j'étais loin de m'attendre à l'opinion dernièrement exprimée par M. Bonnet. Comme le jour où nous assistâmes à l'opération pratiquée par le chirurgien de Lyon, je crois que la jeune malade, que j'ai revue dernièrement, est affectée d'une double luxation congénitale, malgré l'amélioration qui s'est manifestée dans sa position. Je crois bien aussi que la jeune fille dont M. Robert a entretenu la Société a eu une luxation congénitale, mais je ne peux pas admettre qu'elle soit guérie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le tome XXXII des *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (année 1857).

— M. Civiale fait hommage à la Société des deux premiers volumes de la 3e édition de son ouvrage intitulé : *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1858, in-8°, t. I et II.

— M. ROUX, de Brignoles, membre correspondant de la Société, adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Observations et considérations sur la taille bilatérale et sur la taille médiane*. Marseille, 1858, in-8°.

— M. LARREY présente, de la part de l'auteur M. Daniel Brainard, membre correspondant, à Chicago-d'Illinois, la *Relation* (1) *de treize cas de fractures non réunies traitées par la perforation sous-cutanée de l'os*. M. Brainard a décrit cette méthode dans un travail à part (2), et il a adressé tout récemment à la Société une observation inédite du même genre.

Les treize cas dont il s'agit fournissent quatre fractures de l'humérus, quatre fractures du fémur, trois fractures du tibia et deux fractures du cubitus.

L'auteur, à la suite de ces faits, rapporte une observation de résection de l'humérus à son extrémité inférieure, et du radius à son extrémité supérieure, près du coude, avec rétablissement des usages du membre.

---

(1) *The Chicago medical journal*, sept. 1858.

(2) *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os*. Paris, 1854.

M. Brainard ajoute enfin à ces différents cas celui (1) d'une résection heureuse du genou, et un tableau de la plupart des opérations de ce genre pratiquées jusqu'à présent.

A l'occasion de la communication faite au nom de M. Brainard, M. ROBERT demande que la Société ne juge pas la question des résections du genou sans connaître les résultats définitifs de ces opérations. Après la résection du coude, que les chirurgiens pratiquent assez souvent, il y a presque toujours une assez grande mobilité des os réséqués. Quelquefois même il y a un certain écartement entre eux.

Dans ce cas, les mouvements du membre supérieur sont mal coordonnés, et la flexion se fait en deux temps : d'abord le triceps se contracte, l'avant-bras remonte, puis le biceps amène la flexion. On observe encore ces mouvements chez un malade que M. Robert a opéré il y a quinze ans; ils se prononcent déjà chez un autre qui n'est qu'en voie de guérison.

M. Robert voudrait savoir si, dans les cas de résection du genou que l'on connaît, il y a eu ankylose de la jambe avec la cuisse ; car , dans le cas contraire, ce serait une fort mauvaise opération. Il ne se sent, d'ailleurs, aucune propension à la pratiquer.

M. FOLLIN. Les faits ont répondu à M. Robert , et on peut affirmer que les résultats immédiats sont aussi satisfaisants que pour les amputations de la cuisse qui sont faites dans la continuité. Il résulte aussi d'une statistique que j'ai publiée qu'il y a soudure osseuse ou fortement fibreuse dans la plupart des cas. Les procédés opératoires ne sont pas sans influence sur les résultats des résections, et celui de M. Fergusson me semble mériter la préférence.

Pour résumer mon opinion sur cette opération , je dirai qu'elle doit rester dans la science, parce qu'elle a souvent été suivie de guérison chez les malades âgés de moins de vingt-cinq ans; mais beaucoup d'observations publiées en Angleterre étant incomplètes, il serait difficile de comparer les avantages et les inconvénients des résections du genou avec ceux de l'amputation de la cuisse. L'objection que l'on pourrait tirer contre les résections, du défaut d'accroissement du membre après l'opération, ne paraît pas fondée. Un soulier à talon peut suppléer à la différence de longueur des deux membres.

M. BROCA. L'une des objections les plus graves que l'on puisse faire aux résections du membre inférieur vient d'être signalée par M. Follin.

(1) *The Chicago medical journal*. Juillet 1858.

Chez les enfants, l'accroissement du membre se faisant surtout par l'extrémité inférieure du fémur, lorsque l'épiphyse inférieure de cet os est enlevée, la source principale de l'accroissement du membre est tarie, et l'inégalité des deux membres va en s'exagérant de plus en plus. Dans un cas où M. Syme avait pratiqué la résection du genou chez un enfant, le raccourcissement, qui primitivement n'était que de deux pouces, avait triplé lorsque l'enfant eut atteint l'âge de seize ans. J'attache moins d'importance au défaut de solidité du membre, car la soudure, qui pour le membre thoracique est une exception, devient la règle pour le membre abdominal. L'enfant qui fait le sujet de l'observation de M. Brainard n'est pas encore complétement guéri, mais il est en voie de guérison.

M. LARREY, en parlant d'un résultat heureux, n'a pas voulu se prononcer d'une manière définitive. Il a quelques raisons pour croire que beaucoup d'observations ne sont pas publiées à cause des insuccès, ce qui rend nécessairement les statistiques fort incomplètes. Comme M. Robert, il croit que la résection ne peut être utile que si le membre, en s'ankylosant, acquiert des conditions de solidité.

M. MARJOLIN. La statistique de M. Follin est nécessairement incomplete, car le nombre relatif des guérisons qu'il indique est en contradiction avec ce que j'ai observé à Londres. La moitié des malades que j'ai vu opérer ont succombé. Les Anglais se sont passionnés pour les résections; ils nous reprochent de ne point partager leur engouement. Mais, d'après le nombre de ces opérations qui sont faites en Angleterre, on est en droit de se demander si on ne résèque pas des membres qui pourraient guérir sans opération. Le plus souvent, lorsque la maladie de l'articulation exige une amputation, l'ostéo-myélite remonte trop haut pour qu'on puisse pratiquer la résection.

On dit que cette opération convient surtout aux jeunes sujets; eh bien, dans le service d'enfants malades que je dirige depuis plusieurs années, je n'ai jamais trouvé de cas où la résection du genou fût applicable : une seule fois j'aurais pu pratiquer la résection de la tête du fémur pour une coxalgie, et l'os coxal était malade.

M. GIRALDÈS n'est point de l'avis de M. Marjolin : il a vu à Londres plusieurs résections qui ont parfaitement réussi. Les chirurgiens anglais ont résolu la question de la consolidation après cette opération; il ne nous reste plus qu'une question d'indication.

M. Giraldès attribue, en finissant, une partie des résultats obtenus en Angleterre aux infirmeries des bords de la mer, où l'on envoie les convalescents, et aux soins hygiéniques dont on entoure les opérés.

M. FOLLIN connaît le fait qui a été rappelé par M. Broca; il le regarde comme exceptionnel. Il ne s'en est pas produit un autre semblable depuis plus de huit ans que M. Fergusson a fait adopter par ses confrères d'Angleterre la résection des articulations du membre inférieur.

Répondant à M. Marjolin, M. Follin dit qu'il ne faut pas s'effrayer de l'ostéo-myélite, qui remonte toujours plus ou moins au-dessus des surfaces articulaires. Suivant lui, on peut faire les résections dans tous les cas où l'on pratique les amputations.

M. MAISONNEUVE pense, comme M. Marjolin, que la résection du genou n'a de chances de succès que là où elle n'est pas nécessaire. Il a essayé cette opération, et il a vu se développer des accidents bien plus graves que ceux qui suivent les amputations dans la continuité des membres. Il ne se déciderait pas à la pratiquer pour une tumeur blanche du genou. Les faits de la chirurgie anglaise ne suffiront pas à réhabiliter la résection des articulations du membre inférieur.

M. LARREY. Les chirurgiens anglais ne sont pas les seuls qui aient fait cette opération, MM. Textor et Heyfelder l'ont pratiquée avec succès; la Société de chirurgie ne doit pas l'oublier.

Cautérisation en flèches. — **M. MAISONNEUVE**, ayant observé plusieurs faits de cancer des amygdales, avait cru devoir opérer la section du maxillaire inférieur pour avoir plus de facilité à enlever les parties malades. Mais les inconvénients de l'excision par l'instrument tranchant l'ont décidé, tout dernièrement, à enfoncer dans une de ces tumeurs des flèches de pâte caustique; le malade a pu avaler sans s'empoisonner, et au bout de quelques jours la tumeur était détruite. Ce fait lui a paru mériter un certain intérêt; il tiendra la Société au courant des résultats de cette opération, qui jusqu'ici ne s'est accompagnée d'aucun accident. M. Maisonneuve présente la tumeur, qui n'a plus que l'apparence d'une boule de mastic.

M. LARREY regrette qu'on ne puisse pas examiner une tumeur ainsi enlevée, parce que le cancer est très rarement borné aux amygdales. La cautérisation en flèches lui paraît différer fort peu de celle que l'on pratiquait autrefois à l'aide des trochisques.

M. HOUEL a observé un cancer parfaitement limité à une amygdale chez un médecin qui fut opéré par M. Nélaton.

M. DESORMEAUX a vu un malade dont l'amygdale gauche présentait une ulcération qui fut regardée comme syphilitique par M Ricord,

et dont la nature cancéreuse fut reconnue alors qu'elle était encore limitée à l'amygdale.

M. CHASSAIGNAC a rencontré plusieurs cancers des amygdales. Chez un malade, qu'il vit avec M. Ricord, il parvint à désobstruer l'isthme du gosier au moyen de l'écraseur linéaire ; il remplaça ainsi la trachéotomie, qu'il eût fallu pratiquer pour s'opposer à l'asphyxie.

M. LARREY fait remarquer que les observations qui précèdent confirment son assertion sur la rareté du cancer borné aux amygdales, puisque M. Houel, qui est si bien placé pour étudier l'anatomie pathologique, n'en a rencontré qu'un cas.

M. MAISONNEUVE. M. Larrey désirerait savoir en quoi la cautérisation en flèches diffère de la cautérisation par les trochisques, et quels sont les avantages de la nouvelle méthode sur la méthode ancienne.

Relativement au premier point, un seul mot suffira, je pense, pour satisfaire à son désir. C'est que la cautérisation par les trochisques, à peu près abandonnée du reste depuis que le nitrate d'argent a été introduit dans la pratique chirurgicale, n'est point, à proprement parler, une cautérisation destructive, et n'a jamais eu, depuis Hippocrate, d'autre but que de modifier la vitalité des trajets fistuleux, de réprimer les chairs fongueuses, ou de hâter la suppuration de quelques ganglions engorgés ; tandis que la cautérisation en flèches, qui de toutes les méthodes de cautérisation est sans contredit la plus puissante et la plus énergique, a surtout pour objet la destruction des tumeurs volumineuses, des cancers, etc.

Relativement au second point, c'est-à-dire aux avantages de la nouvelle méthode sur la méthode ancienne, j'ai besoin, pour bien les faire saisir, d'entrer dans quelques détails.

Jusqu'à présent, lorsque la chirurgie se proposait d'opérer la destruction d'une tumeur au moyen de la cautérisation, ses ressources se bornaient à deux méthodes principales ;

Dans la première, dite cautérisation en nappe, la tumeur était recouverte dans toute l'étendue de sa surface d'une couche caustique, qu'il fallait maintenir sur les parties à détruire jusqu'à ce qu'elle eût produit son effet. Si cette première cautérisation était insuffisante, ce qui arrivait presque toujours pour les tumeurs volumineuses, il fallait attendre la chute de l'eschare, et faire une seconde, souvent une troisième ou une quatrième application.

Dans la deuxième méthode, dite cautérisation circulaire, la substance caustique, au lieu d'être étendue en nappe sur toute la surface,

de la tumeur, était disposée en une bande circulaire autour de sa base, qu'elle circonscrivait entièrement. Quand l'eschare était produite, ou bien on attendait sa chute, ou bien, comme le faisaient Récamier et M. Girouard, on incisait cette eschare avec le bistouri pour appliquer dans ce sillon une nouvelle couche de caustique, et cela successivement jusqu'à ce qu'il devînt possible de détacher la tumeur. Quoique très-différentes sous beaucoup de rapports, ces deux méthodes avaient cependant ceci de commun :

1° Que les substances caustiques étaient disposées de manière à désorganiser les tissus de dehors en dedans ;

2° Que l'application et la contention de ces caustiques offraient souvent de graves difficultés ;

3° Que le chirurgien était presque toujours forcé de réitérer plusieurs fois ces applications.

Il résultait de tout cela de tels ennuis pour le chirurgien et pour le malade, que, malgré ses avantages incontestables sous le point de vue traumatique, la méthode de la cautérisation était presque entièrement délaissée.

Dans la méthode de la cautérisation en flèches, tous ces inconvénients disparaissent, et l'opération, débarrassée de toutes ces difficultés d'exécution, devient l'une des plus rapides et des plus simples de la chirurgie.

Mais pour opérer cette transformation, il n'a pas fallu seulement substituer au principe de la cautérisation de dehors en dedans celui de la cautérisation de dedans en dehors, il a fallu surtout résoudre par l'expérience un problème qui maintenant encore effraye ceux qui n'en ont pas vu la solution pratique.

Que devaient produire, en effet, ces tiges longues de 8 à 10 centimètres, introduites dans la profondeur des tissus vivants ? Ne devaient-elles pas déterminer des inflammations phlegmoneuses terribles, des hémorrhagies funestes, etc. ?

L'expérience a prononcé. Toutes ces craintes se sont évanouies, et la cautérisation en flèches est aussi innocente dans ses suites qu'elle est simple et facile dans son exécution.

M. LARREY soutient que les trochisques ont été employés dans le même but que la cautérisation en flèches, mode opératoire qu'il aimerait mieux nommer *cautérisation perforante*. Il pense que la qualification de méthode donnée au procédé de M. Maisonneuve est peut-être un peu ambitieuse.

M. CHASSAIGNAC. L'idée d'enfoncer les caustiques au milieu des

tumeurs que l'on veut enlever se trouve dans le travail de M. Girouard. Le fils de ce praticien rappelle, dans une lettre qui a été publiée, que son père enfonçait sous les tumeurs des lames de caustique qui ne différaient guère de celles de M. Maisonneuve.

M. MAISONNEUVE répond qu'il a cité M. Girouard, dont il a perfectionné le mode opératoire. S'il l'a critiqué, c'est que l'opération du chirurgien de Chartres était insupportable par les douleurs qu'elle renouvelait pendant quarante-huit heures. La cautérisation telle que M. Maisonneuve la pratique ne dure que quelques minutes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BROCA présente, au nom de M. Verneuil, un malade dont voici l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Raynaud, interne à l'Hôtel-Dieu :

Syndactylie accidentelle; autoplastie; gangrène du lambeau; guérison par l'écartement simple des doigts.

Cassel, Louis, âgé de vingt et un ans, manouvrier, demeurant rue de la Bûcherie, 9, entré à l'Hôtel-Dieu le 4 août 1858, salle Saint-Jean, nº 25.

Tempérament nerveux extrêmement prononcé.

Dans une chute que ce malade fit à l'âge de dix-huit mois, sa main droite tomba dans le feu, et fut atteinte d'une brûlure profonde dans toute sa moitié cubitale, principalement à la face dorsale. La guérison fut obtenue en trois semaines environ. S'il faut l'en croire, la cicatrisation du médius et de l'auriculaire était en voie de formation et se faisait normalement, lorsqu'une poule enleva d'un coup de bec la croûte qui la recouvrait. Sa mère, pour le mettre à l'abri d'un pareil accident, lia ensemble ces deux doigts, et les laissa ainsi quinze jours. Au bout de ce temps, l'adhérence était formée. L'épaisseur de ce tissu cicatriciel interposé a toujours été en augmentant. Ce n'était d'abord qu'une mince membrane.

Au moment où le malade est entré à l'hôpital, les deux doigts sont réunis depuis leur base jusqu'à quelques millimètres au-dessus de l'articulation de la phalange avec la phalangine, et dans une étendue en épaisseur qui égale au moins le tiers de l'épaisseur de la phalange. Toutes les portions de la peau qui ont été atteintes par la brûlure présentent un tissu inodulaire recouvert d'un épiderme très fin. Toutes ces parties, et notamment celles qui correspondent aux doigts palmés, sont habituellement, pendant l'hiver, le siége d'une desquamation

abondante, de gerçures et d'engelures très-douloureuses. C'est même ce qui décide le malade à se faire opérer, bien plus que la très-légère incommodité qui résulte pour lui de la soudure de ses deux doigts, cette incommodité ne l'ayant jamais empêché de travailler. Remarquons en passant que la main gauche et toute la portion saine de la main droite n'ont jamais été sujettes aux engelures.

L'opération est pratiquée le 13 août par M. Verneuil. Après avoir fendu le tissu cicatriciel qui réunit les deux doigts, le chirurgien taille à la face dorsale de la main un lambeau triangulaire, d'une longueur de 2 à 3 centimètres, et dont la pointe correspond à la racine des doigts intéressés dans l'opération ; il fait glisser ce lambeau de telle sorte que la pointe en est appliquée dans l'angle de séparation des deux doigts ; le sommet de ce lambeau est fixé à la face palmaire par un point de suture. On se propose ainsi d'empêcher la formation d'une cicatrice en ce point par l'interposition d'une petite quantité de peau saine.

Peu de jours après, cette portion de peau interposée se sphacèle. Quinze jours après l'opération, il n'en reste absolument rien ; tout l'espace interdigital est à vif et couvert de bourgeons charnus. Huit jours se passent ainsi sans traitement actif. C'est alors que M. Verneuil se décide à faire une palette en bois, terminée par trois branches dont l'une est destinée au pouce, la deuxième à l'index et au médius, la troisième à l'annulaire et à l'auriculaire, ces deux dernières branches disposées de manière à maintenir les doigts malades dans un écartement forcé. Pansement simple : la main est fixée dans cette situation par des tours de bande. L'espace interdigital est cautérisé au nitrate d'argent tous les deux ou trois jours. Peu à peu, les bords de la plaie se rapprochent. L'angle de séparation se recouvre *le premier* d'épithélium ; l'écartement est maintenu jusqu'à la cicatrisation complète et isolée des deux doigts. Le malade sort guéri le 29 octobre.

Il est revu le 31. Deux petites gerçures ont apparu entre les doigts. Elles sont cautérisées. Les mouvements de la main, qui ont été d'abord impossibles par suite d'une position forcée longtemps maintenue, commencent à revenir.

M. DEGUISE fait observer, à propos du malade présenté par M. Verneuil, que la cicatrisation interdigitale ne lui paraît pas assez parfaite pour que l'on puisse considérer la guérison définitive comme obtenue. En effet, il existe encore à la commissure des doigts une petite ulcération qui guérira sans doute, mais qui, en guérissant, reproduira peut-être une partie plus ou moins étendue de la palme détruite par M. Verneuil. Les exemples de cette reproduction sont assez communs pour

que M. Deguise exprime le désir que le malade de M. Verneuil ne soit pas perdu de vue.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC montre une petite tumeur parfaitement ronde qui causait au malade une affreuse douleur, et qui était située sous la peau. Il prie M. Broca de l'examiner.

— M. LARREY présente un appareil de fracture de jambe qu'il a rapporté d'une inspection en Algérie, et qui avait été trouvé, en 1857, par le docteur Waterloot, médecin aide-major de l'armée, sur un Arabe de la division de Constantine.

Cet appareil, assez grossier du reste, se compose d'un morceau de cuir de mouton, à la surface extérieure duquel sont fixées parallèlement cinq petites attelles plates. L'un de ses côtés est découpé en lanières qui s'engagent dans des ouvertures correspondantes sur le côté opposé, où elles étaient maintenues par de petites chevilles de bois traversant les lanières elles-mêmes.

L'appareil avait été appliqué à la jambe droite, par-dessus un mouchoir très-fin de mousseline arabe, ployé en triangle et maintenu par un nœud simple assez aplati pour n'opposer aucun obstacle à la compression régulière et uniforme de cet appareil, dont le point de jonction était à la face interne du membre.

Quant à la fracture, elle siégeait au tiers moyen, intéressant les deux os en travers, sans déplacement ni complication directe. Mais un gonflement œdémateux du pied resté libre nécessita très à propos la substitution méthodique d'un appareil plâtré.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

Séance du 10 novembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. GIRALDÈS désire communiquer à la Société un relevé des résections du genou qu'il a trouvé dans ses notes. Les sources auxquelles il a puisé sont : Butcher, *Dublin medical journal*, 1855 à 1857 ; *The Lancet* et *Medical Times* ; Mémoire de Mackensie dans *Edimbourg Monthly journal*.

De 1762 à 1858, 127 malades ont subi la résection du genou, et sur ce nombre, 33 seulement ont succombé ; M. Giraldès établit quatre séries d'opérés :

1re série.	de 1762 à 1830	19 opérés	12 morts.
2e	de 1830 à 1854	31	5
3e	de 1854 à 1856	51	9
4e	de 1856 à 1858	26	7

Sur les 31 malades de la deuxième série, 17 ont conservé l'usage complet du membre opéré.

Il suffit de jeter les yeux sur ces chiffres pour reconnaître que MM. Marjolin, Robert et Larrey, se sont beaucoup exagéré les dangers de cette résection.

Je m'explique, ajoute M. Giraldès, la répugnance de M. Larrey pour la résection du genou, par ce fait que cette opération ne réussit pas dans les affections traumatiques pour lesquelles les chirurgiens militaires ont de fréquentes occasions d'opérer. Je sais bien qu'à Édimbourg M. Syme repousse l'opération adoptée à Londres par M. Fergusson ; mais en Angleterre, comme en France, il suffit souvent qu'une opinion soit soutenue par un chirurgien pour que l'opinion contraire trouve des partisans.

M. CHASSAIGNAC rappelle que dans la dernière séance il a montré une tumeur sous-cutanée douloureuse, qu'il avait enlevée sur la face dorsale de l'avant-bras d'un malade de son service. La douleur était très-vive et remontait jusqu'à l'aisselle. Pendant l'opération, M. Chassaignac, ayant en vain cherché si un nerf n'était pas en rapport avec la tumeur, était disposé à conclure que c'était autre chose qu'un névrome. Son opinion lui semble confirmée par M. Broca, qui, ayant examiné la pièce anatomique, n'y a trouvé que du tissu fibreux.

M. BROCA craint que les conclusions qui précèdent ne soient pas très-rigoureuses, car il y a des névromes qui sont exclusivement composés de tissu fibreux.

M. CHASSAIGNAC répond que, pour repousser l'existence d'un névrome, il s'est surtout appuyé sur la dissection, qui ne lui a montré aucun nerf en rapport avec la tumeur.

M. LARREY rappelle que Dupuytren a décrit des tumeurs sous-cutanées qui n'étaient pas des névromes, et qu'il appelait *tumeurs squirrheuses enkystées du tissu cellulaire.*

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le deuxième

fascicule du tome II des *Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie d'Amsterdam*, Amsterdam, 1857, in-4°, pl. (*Verandelingen Van het Genootschaf ter Bevordering der Genees-en Heelkunde te Amsterdam.*)

— M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine, candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, deux mémoires imprimés et un travail manuscrit.

Les mémoires imprimés sont les suivants :

1° *De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire*, couronné par l'Académie de médecine. Paris, 1856, in-4°.

2° *De la non-identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds*. Paris, 1855, in-8°.

Le travail manuscrit de M. Jules Rochard est intitulé : *Observations recueillies dans le service chirurgical du bagne de Brest*, de 1854 à 1858.

Une commission composée de MM. Huguier, Morel-Lavallée et Demarquay, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Jules Rochard.

De l'emploi du collodion comme moyen de réunion. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne une analyse de ce travail, adressé à la Société par M. Goyrand, membre correspondant à Aix en Provence.

Après un coup d'œil historique sur la découverte et l'application des propriétés du collodion, après des détails intéressants sur le meilleur mode de préparation de cette substance, M. Goyrand fait d'abord connaître les bons résultats qu'il en a obtenus dans le traitement des plaies qui ont peu de tendance à l'écartement ; au lieu de se servir de bandelettes de toile imbibées de collodion, il préfère recouvrir simplement les deux lèvres de la plaie, préalablement rapprochées jusqu'à parfaite coaptation, d'une couche épaisse, continue et uniforme, qu'il étale sur la peau avec un pinceau, dans une étendue de plusieurs millimètres, des deux côtés de la solution de continuité.

Pour les plaies avec écartement, et en particulier pour les plaies en travers, il emploie le collodion comme moyen adhésif, à la place des emplâtres divers, que les anciens mettaient en usage pour pratiquer la suture sèche. Une large bande de toile, donnant insertion à des rubans flexibles, est collée sur chacune des lèvres de la plaie, et il suffit de nouer exactement ces rubans d'un côté à l'autre pour obtenir la réunion. Ce moyen lui a parfaitement réussi dans un cas de gangrène

du scrotum, avec dénudation des deux testicules. M. Goyrand eut recours à la méthode autoplastique par décollement des lambeaux, mais les cinq points de suture entortillée qu'il avait appliquée ayant coupé la peau, qui ne s'était pas réunie et qui commençait déjà à se rétracter, le chirurgien appliqua son procédé de suture sèche et obtint la réunion en quelques jours.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la *cautérisation en flèches*.

M. MAISONNEUVE. Pour mettre mes collègues à même de juger de la méthode de cautérisation que j'emploie, j'ai apporté des tumeurs que j'ai récemment enlevées. La première est une mamelle volumineuse, qui s'est détachée au niveau de l'implantation des flèches. Il se fait en ce point une cautérisation qui porte sur les tissus qui sont en rapport avec les deux faces du caustique, de sorte que l'eschare en tombant entraîne les flèches avec elle.

Une particularité remarquable de cette cautérisation consiste en ce que le tissu cellulaire est plus profondément atteint que d'autres tissus. La fibre musculaire, par exemple, résiste au point qu'il n'est pas rare de voir le muscle grand pectoral opposer comme une barrière à l'action du caustique

On voit souvent ce muscle traversé par des tractus, qui sont considérés comme des irradiations du cancer, mais qui ne sont autre chose que du tissu cellulaire. Il ne faut donc pas croire que ce soit là une cause de récidive.

La seconde pièce est une tumeur de la région parotidienne qui n'est tombée que le vingt-deuxième jour, parce que du tissu fibreux a résisté au travail d'élimination. Dans ces deux faits, comme dans tous ceux que j'ai observés, la réaction a été nulle dans les premiers jours; elle ne s'est manifestée par un peu de fièvre qu'à l'époque de la chute de l'eschare.

La cautérisation pratiquée de cette manière est aussi expéditive qu'exempte de danger.

M. ROBERT a employé ce mode de cautérisation, dont il n'a eu qu'à se louer. C'est, dit-il, M. Girouard qui l'a importé à Paris.

M. MAISONNEUVE soutient que le procédé de M. Girouard est très-différent de celui qu'il pratique. Voici, dit-il, comment procède le chirurgien de Chartres : il entoure la base de la tumeur d'un cercle de pâte de Canquoin; il incise la première eschare ainsi formée et il appli-

que dans le même endroit une seconde couche de caustique, puis, incisant la seconde eschare, il met une troisième couche de pâte, jusqu'à ce que la tumeur soit détachée. On voit que M. Girouard procède par applications successives. Ma méthode, dit M. Maisonneuve, consiste à enfoncer d'emblée des flèches caustiques dans la profondeur des tissus, de manière à faire tomber les tumeurs d'un seul coup. On a réclamé au nom de M. Girouard; j'ai consulté les publications de ce praticien, j'ai lu ses observations, et je me suis de plus en plus convaincu qu'il y a une grande différence entre nos procédés opératoires.

M. ROBERT. Les questions de priorité n'ont qu'une importance secondaire; mais il y a longtemps déjà que M. Maunoury a présenté à la Société de chirurgie un caustique composé de chlorure de zinc et de gutta percha, qu'il appelait caustique hémostatique. Ce caustique différait sans doute par sa composition de celui de M. Maisonneuve, mais le procédé opératoire était le même, et il est antérieur à celui de notre collègue; je me fais fort d'en apporter la preuve ici.

Reste à M. Maisonneuve le mérite d'avoir perfectionné la méthode des chirurgiens de Chartres, en se servant d'un meilleur caustique.

Ce mode de cautérisation donne d'ailleurs d'excellents résultats, et j'y ai recours toutes les fois que j'en ai l'occasion.

M. MAISONNEUVE. Le mérite que m'attribue M. Robert n'est pas celui auquel je prétends; car je ne me sers que de la pâte de Canquoin.

Ce qui constitue ma méthode, c'est que j'opère en enfonçant des flèches caustiques dans la profondeur des tissus. C'est là une opération véritablement chirurgicale, et je ne sache pas qu'on l'ait pratiquée avant moi. Je resterai dans cette croyance tant qu'on ne m'aura pas apporté la preuve du contraire.

M. ROBERT. Depuis très-longtemps on fait tomber des tumeurs érectiles en y enfonçant des cautères métalliques; mais laissant de côté ce procédé opératoire, je soutiens que les trochisques étaient employés dans le but d'attaquer les tumeurs de leur profondeur à la périphérie, et l'idée thérapeutique est la même que celle de M. Maisonneuve.

M. GUERSANT attaque les tumeurs érectiles par des aiguilles rougies à blanc; mais ce n'est jamais pour les faire tomber. Il pense que cette opération ne ressemble en rien à celle que l'on discute.

M. LARREY ne veut pas répéter ce qu'il a dit dans la séance précédente sur les trochisques; il se félicite de voir M. Robert faire le même rapprochement que lui, et il termine en répétant que le mode opératoire de M. Maisonneuve ne constitue pas une méthode.

M. BROCA. Autrefois, la cautérisation était employée pour attaquer les tumeurs de dehors en dedans et couche par couche ; il y a une idée nouvelle dans la manière dont on cautérise aujourd'hui, car on fait des amputations à l'aide des caustiques. C'est là, en effet, une méthode, mais c'est M. Girouard qui en est l'inventeur.

Le mode opératoire de M. Maisonneuve en dérive, et, quoique supérieur à celui de M. Girouard, il n'en est qu'un procédé. J'ai vu M. Landolphi faire 17 cautérisations de quatre heures chacune sur le même malade ; une seule séance suffit à M. Maisonneuve pour séparer une tumeur des parties sur lesquelles elle repose. Le procédé de notre collègue est donc bien préférable aux autres , mais, je le répète , ce n'est qu'un procédé.

M. MAISONNEUVE. J'ai dit tout au long dans mon mémoire ce que M. Broca vient de dire : on connaissait la cautérisation *circulaire* et la cautérisation en *nappe;* mais c'était toujours cautériser de dehors en dedans, et l'opération présentait souvent plus d'une difficulté. Essayez donc de faire la cautérisation circulaire dans le creux de l'aisselle ! Ce n'est pas chose facile d'y faire une gouttière et d'y maintenir la pâte caustique ; et puis, en supposant que vous réussissiez, il faudra recommencer sans cesse. Ces applications successives causent aux malades de telles douleurs qu'elles sont souvent au-dessus de la patience de ceux qui les endurent. Par mon procédé (peu importe le mot !), on fait tomber la tumeur d'un seul coup et par une seule application.

M. CHASSAIGNAC. Dans cette discussion, les mêmes détails sur la rapidité de l'opération se reproduisent sans cesse. Ce n'est pas la question. L'idée mère consiste en ce que l'on attaque la tumeur en la prenant à revers et en la séparant des tissus situés profondément, et cette idée se trouve dans les travaux de M. Girouard.

M. DEGUISE. M. Maisonneuve semble aujourd'hui nier l'existence des prolongements du cancer, et pourtant il a apporté ici, il y a quelques mois, une pièce anatomique qui pouvait faire supposer que le caustique avait perforé la paroi thoracique. M. Maisonneuve attribua alors cette perforation à un prolongement du cancer, qui dans ce cas n'aurait point trouvé de barrière dans le muscle grand pectoral.

M. MAISONNEUVE répond qu'il n'a jamais voulu nier l'existence des prolongements du cancer. Il a dit, et il le répète, que souvent on regarde comme tels des tractus qui ne sont autre chose que du tissu cellulaire.

COMMUNICATION.

M. Julliard (de Genève) montre des plâtres représentant les diverses phases d'une opération de blépharoplastie qu'il a pratiquée avec succès.

— M. MOREL-LAVALLÉE lit l'observation suivante :

Hypertrophie partielle et à peine marquée de la prostate causant à la fois l'incontinence et la rétention d'urine. — Un vieillard d'environ soixante ans avait en même temps une incontinence et une rétention d'urine. Dès que la vessie commençait à se remplir, l'urine s'écoulait involontairement goutte à goutte. Mais comme cette excrétion était inférieure à la sécrétion, le réservoir ne pouvant se vider par ses contractions, la rétention venait s'ajouter à l'incontinence.

Le cathétérisme montra bientôt l'entière liberté du canal, et la contractilité des parois vésicales par les colonnes très-prononcées du réservoir, et par la manière dont le jet urinaire était lancé par la sonde.

Le malade a succombé à une phlébite. Vous pouvez voir le degré minime de la lésion matérielle qui a entraîné le trouble de l'excrétion urinaire. Trois petites hypertrophies pyriformes du lobe moyen de la prostate, dont la plus grosse n'offre pas à sa partie renflée le volume d'un pois, envoient leur extrémité conique dans le col vésical, et en se touchant par leur surface arrondie, elles laissent entre elles des fissures par où l'urine filtrait involontairement.

La petite tumeur de la partie moyenne, et qui ne semble être que l'hypertrophie de la luette de Lieutaud, projette dans la vessie son extrémité renflée, qui joue à l'orifice du col le rôle d'une soupape. Quand la vessie se contractait, ce renflement médian s'appliquait, poussé par le flot d'urine, sur le col vésical, et l'obturait. On aurait pu *écraser* ce petit renflement, mais il aurait fallu le reconnaître avec précision. J'avais d'ailleurs, malgré le peu de volume général de la prostate, diagnostiqué la nature de l'obstacle.

Calcul préputial. — M. DUPIERRIS, étudiant en médecine, fils de M. le docteur Dupierris, membre correspondant de la Société de chirurgie à la Havane, présente de la part de son père un calcul préputial remarquable par son volume et par sa dureté.

Ce calcul provient d'un Chinois, âgé de vingt-cinq ans, qui était venu à la Havane en qualité de travailleur libre. Il s'était formé len-

tement, sans douleur, et il paraît que la miction n'était guère gênée, puisque le malade ne s'était jamais préoccupé de cette affection.

Un colon havanais, ayant choisi un certain nombre de travailleurs chinois, les fit visiter par son médecin avant de les engager. Le Chinois dont il s'agit fut refusé comme étant atteint de tumeur à la verge, et ce fut alors seulement qu'il songea à réclamer les secours de l'art. M. Dupierris, à qui il fut présenté, diagnostiqua le calcul, et fit l'opération du phimosis. Il trouva le gland presque complétement atrophié par la pression du calcul. L'opération a été faite il y a plus de six mois ; le gland depuis lors a repris sa forme et une grande partie de son volume.

Le calcul pèse 26 grammes. Il est ovoïde, long de 45 millimètres, et large de 30 au niveau de sa grosse extrémité ; sa forme est parfaitement régulière, sa surface lisse et polie comme si elle était recouverte d'une couche de vernis ; sa couleur est d'un gris perle avec quelques petites teintes jaunes. La base de l'ovoïde reposait sur le gland ; son sommet correspondait à l'ouverture étroite du prépuce. Ce calcul a été divisé transversalement par un trait de scie ; sa dureté est très-considérable ; sa coupe est lisse et brillante comme de l'agate. L'analyse faite par M. Leconte, agrégé de la Faculté de Paris, a montré que ce calcul se compose d'acide urique en grande quantité, de phosphate de magnésie, de phosphate de chaux, et d'un peu de matière organique.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 17 novembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

M. BOUVIER. Il a été publié sur la mortalité du croup après la trachéotomie un document statistique dans lequel figurent les noms de seize membres de la Société de chirurgie. La Société ne trouverait-elle pas convenable d'ouvrir une discussion sur ce document? Pour moi, je pense qu'il serait bon de savoir à quoi s'en tenir sur la nature des faits dont on s'est contenté d'indiquer le chiffre brut, et si la Société le permet, je solliciterai à cet égard, de nos collègues, des éclaircissements indispensables.

M. CAZEAUX ne voit pas à quel titre cette discussion commencée ailleurs serait reprise ici. Les convenances veulent que l'Académie de

médecine continue ses travaux, sans que la Société de chirurgie vienne s'y immiscer à l'occasion d'un article de journal.

M. MICHON. Sans vouloir empiéter sur les travaux de l'Académie, je suis bien aise de pouvoir exprimer l'étonnement que j'ai éprouvé en apprenant qu'un renseignement donné par moi à M. Bouchut, au milieu de la rue, sans que j'aie consulté mes notes, avait pu acquérir une valeur scientifique. Questionné sur le nombre des trachéotomies que j'ai pratiquées, j'ai répondu que j'en avais fait une vingtaine, et qu'un seul malade avait survécu.

L'insuffisance d'un pareil renseignement est bien évidente pour ce qui me concerne, puisque M. Bouchut m'a porté pour deux guérisons dans sa statistique ; mais si l'on voulait conclure rigoureusement, il faudrait discuter chaque fait et ne pas se contenter de chiffres bruts. Ce n'est, en effet, que le dix-septième cas qui m'a donné un succès. Qu'est-ce que cela prouve? Rien, si ce n'est que les conditions du malade varient avec l'âge et le degré de la maladie.

MM. DESORMEAUX, BROCA, GOSSELIN, DEPAUL, FOLLIN, HUGUIER et DEGUISE prennent successivement la parole pour exprimer leur étonnement de voir figurer dans une statistique des renseignements qu'ils ont donnés dans la rue, en causant, et sans se douter du parti qu'on devait tirer de leurs conversations.

M. GUERSANT. Je suis surpris que, ayant l'intention de faire une statistique, on n'ait pas noté les résultats obtenus par M. Trousseau et par moi. Je ne parlerai pas des opérations que j'ai faites à l'hôpital, parce qu'elles figurent dans le travail de M. Roger ; mais le nombre des malades que j'ai opérés en ville est suffisant pour qu'on en tienne compte. Depuis 1834, j'ai pratiqué 105 fois la trachéotomie chez des enfants affectés de croup. De 1834 à 1841, sur 23 opérés, je n'ai pas eu un succès. J'opérais alors avec la canule simple, et sans mettre une cravate sur la canule. Ce n'est qu'en 1841 que j'ai guéri mon premier malade. A dater de cette époque, j'ai commencé à alimenter les opérés. Je me suis toujours servi d'une canule double que j'ai recouverte d'une cravate. Pour cette seconde série, je trouve dans mes notes 17 guérisons sur 82 opérations. La mort est survenue dans quelques cas peu d'heures après l'application de la canule ; un malade a même succombé pendant l'opération.

Ayant eu l'occasion d'observer des guérisons dans des cas où les parents avaient repoussé la trachéotomie, je me suis décidé depuis longtemps à ne plus opérer avant d'avoir la certitude qu'il y a des fausses membranes et que la suffocation n'est pas intermittente.

J'ai pris aussi le parti de ne plus opérer que les enfants qui ont un croup localisé, ce que je reconnais à la force des petits malades, à leur agitation, et aux efforts qu'ils font pour lutter contre l'asphyxie. Ceux qui ont un croup généralisé sont comme atteints par un empoisonnement ; ils s'agitent bien pour tâcher de respirer, mais ils sont sans force ; leur pouls est fréquent et petit, etc. La trachéotomie dans ce dernier cas est inutile.

Pour compléter les renseignements que je peux donner sur cette question, je dois dire que j'ai opéré trois enfants deux fois, et qu'ils ont guéri tous les trois.

M. MOREL-LAVALLÉE a pratiqué 10 fois la trachéotomie ; sur 4 de ces opérations faites à l'hôpital, il a eu 1 succès. Sur les 6 autres, qui ont été faites en ville, il a eu le bonheur de sauver 1 de ses opérés qui avait un croup compliqué de coqueluche, complication que M. Trousseau regarde comme nécessairement mortelle.

Sur la proposition de M. Morel, on passe à l'ordre du jour, pour ne pas empiéter sur les travaux de l'Académie.

M. LARREY demande que, conformément au règlement, les séances commencent à trois heures et demie.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera fait droit à la demande de M. Larrey.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Alphonse Gayet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères après leur ligature*. Paris, 1858, in-4°.

— M. le docteur Guichemère, de Périgueux, adresse une observation manuscrite intitulée : *Hernie congéniale dans la tunique vaginale ; monorchidie ; opération ; guérison*. (Commissaires : MM. Gosselin, Richet et Morel-Lavallée.)

— M. Robert, retenu par son cours d'anatomie à l'École des beaux-arts, demande un congé pour le semestre d'hiver.

Continuation de la discussion sur la cautérisation en flèches.

M. HUGUIER. Je crois avoir entendu M. Maisonneuve avancer qu'il n'a jamais vu survenir d'hémorrhagie après l'application du caustique dont il se sert. Cette assertion est sans doute trop générale, car un médecin qui suit ma visite à l'hôpital m'a affirmé qu'un capitaine de navire du commerce est mort d'hémorrhagie dans le service de M. Mai-

sonneuve au moment de la chute de l'eschare, trois jours après avoir été cautérisé à l'aide des flèches caustiques.

M. MAISONNEUVE. L'eschare ne tombe pas le troisième jour, mais du huitième au neuvième, ce qui prouve déjà qu'il y a au moins une erreur dans la conversation rapportée par M. Huguier. Le caustique dont je me sers est la pâte de Canquoin, et tout le monde connaît ses propriétés hémostatiques. Une artère de deuxième ou de troisième ordre peut être atteinte par la cautérisation sans donner lieu à une hémorrhagie. J'ai même trouvé l'artère fémorale au milieu d'une eschare; mais je dois ajouter qu'avant d'employer les flèches, il m'est arrivé de voir des hémorrhagies se produire dans un ou deux cas, sans qu'elles aient causé la mort. Quant au fait dont M. Huguier a parlé, je puis assurer qu'aucun malade n'a eu d'hémorrhagie mortelle dans mon service.

M. FOLLIN. J'ai vu M. Girouard pratiquer les cautérisations à l'hôpital Saint-Louis, il y a cinq ans; après avoir incisé l'eschare circulaire dont il entourait la base d'une tumeur, il enfonçait des flèches de pâte caustique solidifiée; mais c'est une cautérisation horriblement douloureuse. Les douleurs durent trois ou quatre jours, et j'ai vu des malades qui, n'ayant pas la force de les supporter, réclamaient l'opération par le bistouri.

La pâte de Canquoin n'en est pas moins un excellent caustique, ayant des propriétés hémostatiques incontestables, bien que parfois j'aie vu survenir des hémorrhagies sans gravité, à la chute des eschares.

M. MAISONNEUVE. M. Follin, tout en parlant très-légèrement de la cautérisation, remet en question la priorité de la méthode opératoire, en disant qu'il l'a vu pratiquer depuis cinq ans. Voici encore une fois ma réponse : Je n'ai pas inventé la pâte de Canquoin, mais personne avant moi n'a enfoncé d'emblée des flèches caustiques au milieu des tissus. Dans la méthode de la cautérisation en flèches, il y a les procédés :

1° *Circulaire ;*

2° *Central ;*

3° *En faisceaux.*

Mais ce ne sont que des applications variées de la méthode. Je soutiens que, avant février 1856, personne n'y a eu recours; pour me prouver le contraire, qu'on ne se contente pas d'affirmer, mais qu'on apporte un texte.

Relativement à la durée de l'action du caustique et des douleurs qu'il cause, je soutiens qu'au bout de trois heures la cautérisation a les li-

mites qu'elle doit avoir; que sans doute dans les cas de tumeur énorme, il y a de la douleur, mais les malades la préfèrent encore à celle que l'instrument tranchant produit. Au bout de cinq heures, ce n'est plus qu'une sensation de chaleur qui ne tarde pas à disparaître. Vers le huitième jour, il se manifeste un autre genre de douleur qui accompagne l'inflammation éliminatrice.

M. FOLLIN. Que M. Maisonneuve soutienne à des élèves qu'il a constitué une méthode, que la cautérisation telle qu'il la pratique est quelque chose de nouveau, peut-être alors trouvera-t-il quelque créance; mais une pareille prétention n'est pas sérieuse ici, où elle peut être appréciée par des chirurgiens qui savent que le mode opératoire de notre collègue diffère à peine de celui de M. Girouard.

Le chirurgien de Chartres cautérise circulairement, puis il enfonce des flèches caustiques pour énucléer les tumeurs.

M. Maisonneuve fait-il autre chose?

Qu'importe que l'on commence par pratiquer des ponctions avec le bistouri ou qu'on ait recours à la formation d'une eschare circulaire pour pouvoir enfoncer des flèches? il n'y a là qu'une modification insignifiante. Si même je devais me prononcer entre les deux modes opératoires, je n'hésiterais pas à choisir le procédé de M. Girouard, celui de M. Maisonneuve exposant à des pénétrations de la cavité thoracique, dans les cas où les tumeurs du sein sont adhérentes aux parois du thorax.

Quant à la douleur causée par cette cautérisation, je soutiens qu'elle est excessive, et qu'il faut un courage à toute épreuve pour la supporter. Vous en aurez une idée en apprenant qu'un malade s'est sauvé de la Pitié avec le dos lardé de flèches, dans la crainte qu'on pût recommencer une pareille opération.

M. MAISONNEUVE. J'ai demandé des preuves écrites, et on me répond en parlant d'un malade qui se serait échappé de l'hôpital avec des flèches dans le dos! Est-ce là une argumentation sérieuse? Il peut se faire qu'un opéré ait demandé à sortir, et il n'y aurait rien d'extraordinaire à cela. Souvent je pratique des cautérisations dans mon cabinet pour des tumeurs peu volumineuses, et les opérés s'en retournent chez eux. Comme personne n'oppose une observation écrite à mes assertions, je maintiens tout ce que j'ai dit.

M. FOLLIN. Et moi aussi.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MAISONNEUVE présente une tumeur cancéreuse du rectum qu'il

a enlevée, hier matin, chez une femme de quarante-cinq ans, au moyen de la *ligature extemporanée.*

Cette tumeur, dit M. Maisonneuve, résultait de la dégénérescence des parois mêmes du rectum ; elle occupait les quatre cinquièmes postérieurs de la circonférence de l'intestin, et s'étendait depuis et y compris l'orifice de l'anus jusqu'à une hauteur de 10 centimètres environ. Le procédé dont j'ai fait usage, ajoute-t-il, n'est autre que celui décrit par Récamier sous le nom de procédé en arcade, avec cette différence qu'au lieu d'opérer la constriction des anses d'après la méthode de la ligature lente et graduée, ainsi que le faisait l'éminent praticien, je l'ai faite d'après la *méthode de la ligature extemporanée.* Voici du reste la description sommaire de l'opération :

Après avoir tracé autour de l'anus une ligne courbe qui circonscrivait la partie inférieure de la tumeur, et marqué de 2 en 2 centimètres sur cette ligne les points où je devais passer les fils, j'ai pris la longue aiguille à ligature de Récamier, je l'ai fait pénétrer à travers la peau derrière la tumeur ; puis, la poussant doucement de bas en haut entre le sacrum et l'intestin jusqu'à ce que mon doigt index gauche, placé dans le rectum, pût reconnaître sa pointe au-dessus de la limite supérieure de la tumeur, je la fis pénétrer dans le rectum, et, poussant le ressort dont elle est munie, j'attirai ce ressort à l'extérieur par l'orifice anal, j'y attachai un fil que j'entraînai en retirant l'aiguille dans le trajet que celle-ci venait de parcourir. Je plaçai de cette manière, à 2 centimètres de distance l'un de l'autre, sept fils, auxquels je substituai, suivant la manœuvre ordinaire, sept anses d'une forte ficelle, lesquelles cernaient la tumeur d'une manière complète. Adaptant ensuite à chacune de ses anses un constricteur puissant, j'opérai en quelques minutes la division complète de tous les tissus embrassés par les ligatures, y compris la peau, et la tumeur se trouva détachée tout entière sans perte de sang appréciable.

Voici donc une tumeur du rectum enlevée facilement et d'un seul bloc au moyen de la ligature extemporanée, sans autre lien qu'une simple ficelle, sans autre agent de constriction que le serre-nœud de Graefe.

A cette occasion, je dirai que ce n'est pas seulement dans le cas présent que les procédés ordinaires de la ligature extemporanée m'ont paru préférables à celui que M. Chassaignac a proposé sous le nom d'écrasement linéaire, mais qu'en raison de la facilité qu'a le chirurgien de les modifier à l'infini, suivant les mille exigences de la pratique, ils me paraissent devoir lui être préférés d'une manière générale.

M. CHASSAIGNAC. Tout le monde, excepté M. Maisonneuve, reconnaît que l'écrasement linéaire est un mode opératoire nouveau. Je ne demande pas mieux que de recommencer une discussion qui paraissait pourtant épuisée.

M. Maisonneuve réclame toujours des textes ; eh bien, je lui prouverai pièces en main qu'il a soutenu faussement que Mayor a fait tomber instantanément une tumeur par la ligature. Il s'obstine à dire que la cautérisation est une méthode nouvelle ! MM. Larrey, Robert, Broca et Follin lui prouvent le contraire ; et il continuera, malgré les dénégations et les preuves, à se faire l'inventeur d'un mode opératoire qui appartient à M. Girouard.

M. CAZEAUX réclame la clôture.

M. MAISONNEUVE. Je n'ai rien à répondre, puisque l'on n'a rien dit de la tumeur que j'ai présentée.

M. DEPAUL met sous les yeux de la Société un monstre double appartenant à la famille des sycéphaliens, et rentrant dans le genre synote, si bien décrit par Geoffroy Saint-Hilaire père. Il doit cette pièce intéressante à Mme Labbé, sage-femme distinguée, qui est attachée au bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement.

Après avoir fait connaître les particularités que l'examen extérieur permet de reconnaître, M. Depaul annonce qu'il se propose de faire une dissection complète, et qu'il aura soin de faire connaître à la Société les détails intéressants qui seront constatés.

Le secrétaire, Al. GUÉRIN.

Séance du 24 novembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC demande la parole à propos du procès-verbal.

Dans la dernière séance, dit M. Chassaignac, M. Maisonneuve nous a reproché, à plusieurs de mes collègues et à moi, d'avancer des assertions dénuées de preuves. Il nous a mis en demeure de produire des textes.

Ces textes, je les apporte. Ils concernent trois affirmations que j'ai produites devant la Société, et dont je suis tenu de démontrer l'exactitude. J'ai avancé :

1° Que M. Maisonneuve avait publié des faits de guérison qui n'existent pas;

2° Qu'en faisant l'application de ce qu'il appelle des flèches, il avait causé une plaie pénétrante de poitrine, dont il n'avait été averti que par le sifflement de l'air s'engouffrant dans la plèvre ;

3° Qu'il s'attribuait indûment une méthode de cautérisation dont il n'est pas l'inventeur.

Prouvons :

Je place sur le bureau de la Société la lettre de deux confrères tout à fait dignes de foi, MM. les docteurs Caucal et Pignant, qui avaient adressé eux-mêmes à M. Maisonneuve le malade qu'il a donné comme guéri, et qui, examen fait quarante-huit heures après la sortie de l'hôpital, n'était nullement guéri, et, loin de là, s'est présenté à eux dans l'état le plus déplorable.

2° Le fait de la plaie pénétrante de poitrine.

Il est mis hors de doute par le compte rendu de la Société de chirurgie, séance du 18 novembre 1857. Et malgré la précaution de placer le doigt, puis du diachylon, sur la perforation, l'accident aperçu par quelques-uns des assistants a reçu une divulgation qui rend à cet égard toute dénégation impossible.

3° J'arrive à l'invention du procédé.

La question est d'une sérieuse importance, parce qu'il s'agit de savoir si, malgré la protestation du fils de l'un des intéressés, malgré les opinions aussi judicieuses par le fond que modérément exprimées dans la forme par MM. Larrey, Robert, Broca et Follin, la Société laissera s'accomplir, au détriment de trois chirurgiens de Chartres, un emprunt (appelons cela un emprunt) qui les dépouillerait d'un titre réellement acquis par eux.

Voici les preuves :

Tome XV, page 27, année 1854, de la *Revue médico-chirurgicale*, se trouve un mémoire de M. Girouard père, mémoire où il est dit, à l'occasion d'une amputation du sein, que des lamelles de pâte de zinc furent enfoncées *par-dessous la tumeur*, et qu'en quarante-huit heures elle fut enlevée. Son poids était de près de 5 livres.

Archives générales de médecine, juin 1855. M. Follin décrit une opération qu'il vous a dit être en tout semblable à celle dont a parlé M. Maisonneuve.

Même journal, numéro de juillet 1857, se trouve l'observation d'une amputation de la totalité de la langue, qui fut pratiquée à l'aide de

chevilles de chlorure de zinc *enfoncées dans des piqûres faites sous la langue* avec un bistouri étroit à double tranchant.

Vous voyez donc que l'introduction des caustiques, conduits au moyen du bistouri *par-dessous les tumeurs* pour les faire *tomber en un seul bloc*, appartient à M. Girouard père.

Voici les textes dus à MM. Salmon et Maunoury :

Numéro du 21 juillet 1857 de l'*Union médicale*, mémoire sur une opération faite en janvier 1857, se trouvent ces paroles : « Pour effectuer l'amputation, les muscles sont *embrochés* par un cylindre de potasse; puis ces trouées sont remplies par des lanières de chlorure de zinc. »

Numéro du 16 septembre 1856 de l'*Union médicale*, observation de MM. Salmon et Maunoury, se rapportant à une *amputation du bras faite en* 1849. Il y est dit au compte rendu de la troisième séance : « Je reviens au chlorure de zinc, que *j'implante* entre les fibres musculaires *et sous le muscle lui-même.* »

Ces mots de chevilles, de clous, de lanières; ces expressions de trouées, d'implantation *sous les muscles*, ne désignent-ils pas de la manière la plus explicite le mode opératoire que veut s'approprier M. Maisonneuve? N'y a-t-il pas là une véritable cautérisation *sous-perforante*, distincte des trois autres modes antérieurement usités, et que l'on a désignés sous les noms de *cautérisation couche par couche*, *cautérisation en collier ou circulaire*, cautérisation par introduction des trochisques ou *cautérisation par piqûres?*

Si en présence de textes si décisifs, en dépit des réclamations de M. Girouard fils, des descriptions de MM. Salmon et Maunoury, ainsi que des avertissements de MM. Larrey, Robert, Broca et Follin, M. Maisonneuve persistait à vouloir dépouiller les chirurgiens de Chartres de la propriété scientifique à laquelle ils ont des droits réels, il commettrait un acte que la Société de chirurgie ne saurait sanctionner ni par son vote ni même par son silence. Rappelez-vous que MM. Salmon et Maunoury ont consigné les détails de leur procédé dans un mémoire manuscrit confié à la Société. Que voulez-vous que disent nos collègues de la province, si, lorsqu'ils nous ont envoyé des travaux, ils les voient reparaître quelque temps après sous une dénomination différente? Qui défendra leurs droits, si ce n'est la Société de chirurgie elle-même?

M. Girouard appelle chevilles ou clous ce que M. Maisonneuve appelle plus poétiquement des flèches. Mais cela ne l'autorise nullement à se donner comme l'inventeur d'un procédé qui ne lui appartient pas.

M. FOLLIN. M. Chassaignac vient de retracer l'historique du pro-

cédé que M. Maisonneuve persiste à considérer comme sien. Cet historique n'a trait qu'aux temps modernes. J'apporte un texte précis qui ne laisse aucun doute sur l'ancienneté du procédé : il s'agit d'une publication faite en 1700 par Deshayes-Gendron. Il cite un cas de traitement d'une tumeur des gencives opérée par les caustiques enfoncés dans son épaisseur. La tumeur tomba en une seule masse.

M. MAISONNEUVE. Dans la précédente séance, M. Chassaignac avait promis d'apporter des textes établissant que des chirurgiens de Chartres avaient, avant 1856, pratiqué la cautérisation d'après une méthode semblable à celle que j'ai désignée sous le nom de cautérisation en flèches. Tout à l'heure, au début de son discours, notre collègue affirmait qu'il avait ces textes entre les mains, puis, au lieu de les produire, il prend à partie deux faits de ma pratique qui n'avaient certainement rien à voir dans ces débats.

Le premier est une observation dans laquelle le malade, après avoir subi sans accident la cautérisation en flèches, pour un vaste cancer de la face, a été noté guéri, alors qu'en effet il n'était guéri que de l'opération, et que le mal avait récidivé. C'est une erreur, je l'avoue, que je me suis empressé de rectifier aussitôt que j'en ai eu connaissance, mais qui, dans aucun cas, ne pouvait avoir d'importance, puisque, dans cette observation, il ne s'agissait pas le moins du monde de la question de la *curabilité du cancer*, mais seulement du *mode d'application des flèches*.

Le deuxième est un fait de cautérisation d'un cancer du sein, où lors de la chute de l'eschare je reconnus, à un certain sifflement, que la plèvre présentait un petit pertuis. Or, ce fait que M. Chassaignac s'est plu à rappeler, je ne sais dans quel but, en omettant de dire qu'il avait été suivi de guérison, n'avait pas besoin de grandes recherches pour être découvert, car c'est moi-même qui vous l'ai fait connaître l'année dernière, et je viens encore de le publier tout au long parmi les observations qui font suite à mon mémoire sur la cautérisation en flèches.

Arrivant enfin à la question des textes qu'il devait produire, M. Chassaignac s'est trouvé réduit à citer quelques lambeaux de phrases desquelles il résulte que M. Maunoury, de Chartres, aurait amputé un membre en appliquant d'abord un cercle de caustique de Vienne, en fendant ensuite cette eschare pour remplir le sillon de morceaux de pâte de Canquoin, etc. Or, je le demande, qu'a de commun cette manière de faire avec la cautérisation en flèches?

Ainsi donc, de tous ces textes annoncés avec tant de pompe par

M. Chassaignac, il n'en est pas un que l'on puisse produire, parce qu'il n'en est pas un qui soutienne l'examen.

Il n'en sera pas de même de ceux que j'avais promis d'apporter à l'occasion de la ligature extemporanée. On se rappelle que dans la dernière séance j'avais présenté à la Société une tumeur volumineuse du rectum enlevée par la *ligature extemporanée.* A cette occasion, M. Chassaignac avait cru devoir protester, disant qu'avant lui cette méthode était parfaitement inconnue. C'est alors que je pris l'engagement d'apporter les textes qui démontraient sans réplique que la ligature extemporanée était parfaitement connue et décrite dans la science longtemps avant que notre collègue eût publié ses travaux sur l'écrasement linéaire. Or ces textes les voici :

1° Sabatier, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 321. On supplée quelquefois aux instruments tranchants par la ligature. Celle-ci consiste dans une constrictiou exercée avec un fil métallique ou non, qui embrasse fortement une partie dans l'intention de la *couper immédiatement*, ou de la faire tomber après l'avoir privée de la vie. Il résulte de là que la ligature a deux manières d'agir : dans l'une les parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument médiocrement tranchant, et qui n'agirait qu'en pressant ; dans l'autre, la constriction ne fait qu'intercepter.

2° Roux, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 122. Comme moyen de division, la ligature est applicable sur les parties de peu d'épaisseur, soit qu'on la destine à agir lentement, soit que son action doive être instantanée ou presque instantanée, car la ligature substituée à l'instrument tranchant est susceptible de ces deux modes d'application.

Maintenant que j'en ai fini avec M. Chassaignac, j'arrive à ce que vient de dire M. Follin. Certainement si j'ai nié et si je nie formellement encore que MM. Maunoury et Girouard aient jamais pratiqué la cautérisation en flèches, je me plais à reconnaître que l'opération pratiquée en 1700 par Gendron sur une gencive affectée d'épulis a été exécutée d'après les mêmes principes ; mais, tout en rendant justice à Deshayes-Gendron, on avouera que ce germe de la nouvelle méthode était bien profondément enfoui dans le sol de la science, puisque depuis plus de 150 ans qu'il y a été déposé, il y est resté complétement stérile, et n'a pas poussé le moindre rejeton.

M. CHASSAIGNAC. Je veux dans ma réponse à M. Maisonneuve imiter la modération qu'il a mise dans cette discussion. Je commence par proclamer d'abord que je ne méconnais pas sa bonne foi. J'ai désiré avoir des explications sur l'observation inexacte publiée, car je ne

puis trop m'élever contre de pareilles erreurs. La responsabilité d'un chef de service est trop engagée dans des publications de ce genre pour qu'elles ne doivent jamais avoir lieu sans son assentiment.

Quant au fait de pénétration dans la poitrine, je persiste à dire que M. Maisonneuve ne paraissait pas disposé à en informer les chirurgiens, car dans ses communications, tant à l'Institut qu'à la Société, il n'en était fait aucune mention; c'est seulement à une séance suivante, et sur l'interpellation d'un de nos collègues, que M. Maisonneuve en a parlé.

Quant à la question incidemment soulevée par M. Maisonneuve sur la section linéaire, je réponds que c'est par un abus de mots, que les faits ne sauraient justifier, qu'il établit entre mon procédé et la ligature extemporanée une analogie qui en réalité n'existe pas.

Ce qui caractérise mon procédé, c'est la solidité du lien sécateur, sa structure, qui lui permet de diviser les tissus en s'inclinant dans le sens suivant lequel on veut agir; son action de va-et-vient, qui, en contondant les tissus, empêche les hémorrhagies. Le lien sécateur appliqué autrefois était un fil, mon sécateur est formé par une scie : je ne vois pas l'analogie qui frappe M. Maisonneuve, libre à lui de conserver son appréciation.

Maintenant j'ajoute en terminant que la première de toutes les conditions pour édifier un travail est de ne pas se hâter de publier des faits entachés d'inexactitude ou incomplets; leur retentissement devant les corps savants n'a pas de durée, et quand la discussion s'engage sur ces présentations prématurées, elle ne tourne pas à l'avantage de ceux qui les ont faites.

M. MAISONNEUVE demande la parole pour répondre à M. Chassaignac; mais, sur la proposition de M. Gosselin, la Société, à l'unanimité, prononce la clôture de la discussion.

M. Maisonneuve, en se retirant, proteste contre ce vote.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Deroubaix, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, adresse un travail imprimé, intitulé *De la prophylaxie de l'infection purulente*. Bruxelles, 1858, in-8°.

— M. LARREY présente de la part de M. le docteur Coindet, médecin aide-major de 1re classe, une brochure *sur l'héméralopie*. Strasbourg, 1858; in-8°.

Ce travail est l'exposé sommaire des Recherches adressées par l'auteur à l'Académie de médecine sur une maladie fréquente dans l'armée.

— M. FORGET présente de la part de M. le docteur Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher), un travail manuscrit sur un cas de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de croup. Cette observation est suivie de considérations générales sur le traitement du croup et sur la trachéotomie. Une commission, composée de MM. DESORMEAUX, FORGET et GUERSANT, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

RAPPORT.

M. HOUEL, chargé par la commission désignée pour examiner les travaux adressés à la Société par M. Lizé, de faire un rapport sur une partie de ces travaux, donne lecture de son rapport.

Les conclusions suivantes de ce premier rapport sont soumises à la Société :

1° Remercier l'auteur;

2° Inscrire son nom sur la liste des candidats à la place de membre correspondant;

3° Déposer aux archives les travaux de M. Lizé, en renvoyant au *Bulletin*, pour être publié dans les procès-verbaux, le travail intitulé *Amputations multiples et coup sur coup des membres.*

M. DEPAUL. Parmi les pièces décrites succinctement par M. Houel, il en est une relative à un fait de fracture du pariétal pendant l'accouchement. Je demande à M. le rapporteur de vouloir bien entrer dans quelques détails. Il est seulement dit que le bassin était bien conformé. Quelle était la présentation de l'enfant ? a-t-on eu recours au forceps ?

M. HOUEL. M. Lizé a envoyé beaucoup de travaux : le plus grand nombre ne laissent rien à désirer comme détails, mais quelques-uns sont incomplets, et celui auquel fait allusion M. Depaul est précisément dans cette catégorie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Nous transcrivons donc l'observation d'*amputations multiples et coup sur coup des membres.*

La question des doubles amputations coup sur coup n'est pas encore entièrement résolue; en feuilletant les ouvrages des auteurs les plus recommandables, j'ai été surpris de rencontrer une grande divergence d'opinions surtout pour ce qui concerne les amputations multiples chez les sujets atteints de maladies chroniques affectant plus ou moins profondément la constitution. Ainsi Delpech, Dupuytren, Sabatier, ne s'expliquent pas sur les amputations doubles coup sur coup, et

Boyer proscrit de la manière la plus formelle les amputations multiples, surtout dans les cas de tumeurs blanches ayant leur siége dans de grandes articulations, comme les genoux, les coudes, etc. Aux yeux de MM. Velpeau et Vidal (de Cassis), le succès des amputations multiples est très-douteux, et ces chirurgiens établissent en principe qu'*on doit amputer seulement les deux mains ou les deux pieds,* mais qu'il n'est pas prudent d'aller plus loin.

« Il est des contre-indications à l'amputation fournies par la trop » grande gravité du mal, dit M. Vidal. Il est vrai que, dans ces cas, si » on n'ampute pas, le malade est voué à une mort certaine. Mais alors, » si on ne sauve pas le malade, on ne compromet pas l'honneur de » l'art; on ne grossit pas encore le chiffre déjà respectable de nos re- » vers. Ainsi, si deux membres sont brisés au point de nécessiter deux » amputations sur le même sujet, doit-on les amputer tous deux le » même jour? Je sais qu'il est des chirurgiens qui répondent par l'af- » firmative... En principe, je ne pense pas qu'on doive admettre une » pareille pratique. Il a été fait des exceptions : ainsi on pourrait am- » puter les deux mains ou les deux pieds; mais qu'on n'aille pas plus » loin et qu'on ne justifie pas l'opinion commune, qui veut que les » chirurgiens ne demandent qu'à couper, et qu'ils sont au comble de » la joie quand, les ciseaux à la main, ils peuvent tailler en plein » drap. »

Suivant Larrey et MM. Serre, Dubreuil, Bouisson (de Montpellier), Malgaigne, Bonnet (de Lyon), Fergusson, il est préférable en général d'amputer les deux membres immédiatement. Fergusson est si convaincu de la supériorité de cette méthode, qu'ayant à pratiquer une double amputation, il s'est arrangé de manière à effectuer l'opération sur un membre pendant qu'un de ses amis opérait sur l'autre au même instant. Mais si l'opinion de ces éminents praticiens plaide chaudement en faveur des amputations multiples dans les lésions traumatiques, il faut avouer qu'elle est moins absolue quand il s'agit d'amputations doubles à pratiquer chez des individus atteints d'affections chroniques. En effet, on sait que les chirurgiens, en général, reculent devant une opération qui débarrasserait le malade d'un membre atteint de tumeur blanche du genou par exemple, quand une autre articulation est envahie par la même maladie. M. Bouisson admet cette réserve quand il s'agit d'une affection locale succédant à une diathèse générale; mais dans le cas contraire, il est porté à croire qu'on est trop timide, et il cite à l'appui de son opinion l'exemple d'une double amputation pratiquée par lui et suivie d'un succès inespéré. Il s'agis-

sait d'un soldat de l'armée d'Afrique, âgé de vingt-six ans, portant à chaque articulation tibio-tarsienne une tumeur blanche au troisième degré. L'affection était telle qu'aucune médication ne pouvait être proposée, et qu'il n'y avait de ressources que dans le retranchement des parties malades. Tous les organes, d'ailleurs, fonctionnaient bien, et cet homme n'avait jamais offert aucun symptôme de scrofules. Le mal dont il était atteint remontait à une expédition faite dans l'Atlas, et avait pour point de départ une congélation des extrémités. M. Bouisson, rassuré par les antécédents favorables du malade, procéda le 24 mai 1851 à l'amputation des deux jambes au lieu d'élection. Le patient fut endormi au moyen de l'éther, et la jambe gauche fut amputée par la méthode circulaire. Les vaisseaux furent liés immédiatement. Sans s'arrêter à faire le pansement de la plaie, on procéda aussitôt à l'amputation de la jambe droite. Le temps nécessaire pour ces deux amputations n'excéda pas six minutes. La réunion fut faite par première intention, et le malade ne sortit de son sommeil anesthésique qu'au moment où le pansement venait d'être achevé. Transporté aussitôt dans son lit, il n'éprouva aucun accident immédiat, et les suites de la double opération furent des plus heureuses. Le douzième jour, la cicatrisation des plaies était complète. Un léger érysipèle et un abcès dans un des moignons entravèrent à peine la guérison. (Extrait de l'ouvrage de M. Bouisson intitulé : ***Tribut à la chirurgie ou Mémoire sur divers sujets de cette science***, tome Ier.)

Dans ce cas exceptionnel, M. le professeur Bouisson fait remarquer judicieusement qu'il n'avait pas à combattre une affection locale inhérente à un état diathésique. Le mal, au contraire, avait débuté sur un point de l'économie, et les organes intérieurs étaient restés sains. Une fois ce mal enlevé par une opération chirurgicale, la santé, si profondément altérée par de longues souffrances, était susceptible de se rétablir entièrement. Toute la question était de savoir si, dans l'état de faiblesse où était le malade, une double amputation pouvait être supportée.

Lorsque je veux aborder le chapitre des considérations générales dans un sujet aussi grave, mon expérience se trouve bien vite en défaut; et pour rester dans la rigueur des termes et dans les limites d'une bonne observation, je me vois forcé de copier textuellement les réflexions faites par les maîtres de l'art :

« Les *amputations doubles*, dit M. Bouisson (de Montpellier), comptent parmi les plus graves de la chirurgie, surtout lorsqu'elles sont pratiquées sur les membres inférieurs. La brusque soustraction d'une

partie de l'organisme, l'ébranlement nerveux qui en résulte, les chances plus grandes d'inflammation et de suppuration, la modification subie par les forces plastiques, expliquent suffisamment le danger qui les accompagne. Leur réussite ou leur léthalité suit d'ailleurs la loi des amputations simples, dont la gravité est, comme on le sait, en raison directe de l'étendue de la surface traumatique et du rapprochement du tronc. La distinction établie entre les petites, les moyennes et les grandes amputations, s'applique aussi, au point de vue du pronostic de l'opération, à la catégorie qui nous occupe. Il est évident qu'une double amputation des parties les moins développées des membres pourra n'être qu'une opération de médiocre importance, tandis que deux grandes amputations pratiquées dans une même séance devront faire redouter au chirurgien les suites les plus sérieuses. Une double amputation moyenne pourra être comparée, sous le rapport de la gravité, à une grande amputation. Ainsi, l'ablation des deux jambes, par exemple, au quart supérieur, représente une opération à peu près aussi sérieuse que l'amputation sous-trochantérienne, et même que la désarticulation de la cuisse. Lorsqu'il s'agit de l'ablation des deux jambes, c'est la simultanéité des deux amputations, autant que l'étendue des surfaces traumatiques, qui constitue l'importance de l'opération. Il faut en effet plus de temps pour retrancher deux jambes que pour désarticuler la cuisse ou pour l'amputer très-haut; en conséquence, l'économie est tenue plus longtemps sous l'influence de l'action opératoire sur elle; d'où la nécessité d'exécuter avec la plus grande célérité tous les temps de l'acte chirurgical.

» La découverte de l'éthérisation a toutefois modifié sous ce rapport les conséquences attachées à l'influence prolongée de la douleur, et l'on peut dire que la méthode anesthésique, appliquée à l'exécution des amputations doubles, est le correctif le plus avantageux des dangers que ces amputations peuvent susciter. Sous l'influence du sommeil anesthésique, toute différence est effacée entre les opérations eu égard à la douleur; l'annulation absolue de celle-ci les nivelle complétement, et en réalité deux amputations n'agissent pas plus qu'une seule sous le rapport de l'ébranlement nerveux qu'occasionne l'excès de sensibilité, puisque cette sensibilité doit être abolie aussi exactement pendant la seconde amputation que pendant la première. Le double choc infligé à l'économie est supprimé de fait, et la réaction, qui peut être n'eût pas succédé à l'épuisement nerveux après deux grandes amputations pratiquées dans les circonstances ordinaires, s'opère sans difficulté lorsqu'à l'aide d'un agent anesthésique on a épargné aux forces nerveuses

la dangereuse influence d'une douleur vive et prolongée. (Bouisson, *loco cit.*)

Dans les cas graves où le malade doit rester plongé pendant un temps assez long dans le sommeil anesthésique, M. Bouisson préfère l'éther au chloroforme, qui, suivant lui, déprime trop rapidement l'action nerveuse. Ce point de pratique est repoussé par l'école de Paris, qui emploie d'une manière presque absolue le chloroforme au lieu de l'éther.

Voici la relation d'un fait qui démontre l'utilité des amputations doubles coup sur coup dans de graves lésions traumatiques :

« Le 13 juin 1857, vers neuf heures du matin, un terrible accident arriva sur la ligne de Tours, à 2 kilomètres du Mans. Un terrassier âgé de trente-six ans, nommé François Minot, venait de tomber par imprudence sous une file de wagons chargés de terre, qui en passant rapidement lui broyèrent les deux jambes. Informé de cet événement, je me rends sur les lieux en ma qualité de médecin de la ligne : Minot avait été conduit à l'Hôtel-Dieu par un autre chemin.

» Arrivé dans la salle Saint-Pierre, voici ce que j'observe : Les deux jambes ont pour ainsi dire été moulues, la droite à trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, la gauche à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles ; des esquilles s'enfoncent dans les muscles, qui, ainsi que les tendons, les nerfs et les aponévroses, sont déchirés, écrasés. La perte de sang est tellement modérée, qu'on n'est pas obligé de faire la compression des artères crurales.

» A onze heures, les médecins de l'Hôtel-Dieu, réunis dans la salle d'opération, prennent la résolution d'amputer sur-le-champ et *coup sur coup* les deux jambes de Minot. Je fais part de ce projet à mon pauvre malade, qui se résigne avec calme à tout ce qui est arrêté. Il faut dire que Minot est un de ces êtres insoucians qui jouent avec le danger, et dont l'écorce est trop épaisse pour donner accès aux impressions même les plus fortes. Il est d'un tempérament très-sanguin ; il a de l'embonpoint, et pourvu que son estomac ne souffre point, il est au comble du bonheur : c'est une machine en action.

» Je donne ces renseignements, parce qu'ils pourront être utilisés dans la suite.

» Etant couché sur une table recouverte d'un matelas, le tronc élevé, les jambes pendantes, le patient est endormi avec le chloroforme. Alors les artères crurales sont comprimées sur le pubis, et le chirurgien en chef ampute successivement les deux jambes à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. La peau du

moignon droit, contusionnée violemment en certains points, offre une légère perte de substance au côté interne, et les muscles noirâtres paraissent également meurtris ; la vitalité de ces parties semble avoir subi de rudes atteintes. Après la ligature des artères, pansement méthodique ; diète absolue, potion calmante, tisane d'orge.

» Jusqu'au 26 juin, l'état général est excellent ; pouls oscillant entre 80 et 85 pulsations ; Minot est plein de confiance et ne s'abandonne point au chagrin.

» Le 26 au matin, des symptômes de gangrène se manifestent dans le moignon droit ; les muscles et la portion de peau située en dehors sont d'un mauvais aspect.

» Le 29, un sillon éliminatoire circonscrit un large lambeau de peau dans cette région. — Injections chlorurées et pansement avec poudre de quinquina arrosée d'eau-de-vie camphrée deux fois le jour. Semoule et bouillon gras.

» Les 1er et 2 juillet, les parties mortifiées tombent, le moignon droit reprend une couleur un peu rosée, le moignon gauche va très-bien. L'état général continue à être excellent, et le pouls ne s'élève guère au-dessus de 80 pulsations.

» Minot est toujours gai, insouciant ; il parle peu de son avenir ; cependant il dit parfois que, si l'administration du chemin de fer d'Orléans lui donne seulement 300 fr., il montera un petit commerce qu'il étalera dans les rues de la ville, et alors il gagnera sa vie sans peine. —Pansement *ut suprà;* deux soupes, une tartine de confitures.

» Le 12, le moignon gauche est très-avancé vers la cicatrisation, et le moignon droit se répare amplement au niveau des parties mortifiées ; il est du plus bel aspect. Minot mange la demi-portion. Enfin, l'état des choses prenant de jour en jour une meilleure tournure, mon malade sort parfaitement guéri, le 2 octobre, de l'Hôtel-Dieu, et actuellement il parcourt les rues de notre ville monté sur deux pilons qu'il fait manœuvrer assez lestement. »

Assurément voilà une opération très-heureuse dans ses suites : en effet, il ne survient ici aucun des accidents consécutifs qui forment trop souvent le cortége des amputations et compromettent la vie des opérés. Ainsi pas d'hémorrhagies consécutives, pas de suppuration excessive, pas de phlébite, pas de douleurs violentes, pas d'état spasmodique, et, chose étonnante, presque pas de fièvre, etc.

Il est vrai que la gangrène s'est emparée du moignon droit, mais cela tient à ce qu'une portion de peau qui le recouvrait avait été fortement contusionnée et même déchirée ; grâce à la vitalité du sujet, la

perte de substance a été promptement réparée. — S'il n'y a pas eu d'accidents nerveux ni au moment de l'opération ni après l'opération, il faut s'en prendre au tempérament fort peu impressionnable de Minot et au calme bienfaisant produit par le chloroforme.

En présence d'un semblable fait et de celui de M. le professeur Bouisson, je suis porté à croire qu'il est urgent de recourir à l'amputation double *toutes les fois qu'elle est indiquée*, soit dans les affections chroniques, soit dans les lésions traumatiques des membres ou des articulations. — Il est bien entendu que, quand les affections chroniques sont l'expression d'une diathèse, ou quand elles ont causé une perturbation profonde dans l'organisme, l'abstention est commandée. Dans de pareils cas, il ne faut pas compromettre l'honneur de l'art, comme dit Vidal (de Cassis), et il ne faut pas s'armer à tout hasard de cet adage : *Melius anceps remedium quam nullum.*

En outre, je crois qu'il est préférable *en général* d'amputer les deux membres *immédiatement*. Tout le monde sait que la question des amputations immédiates, qui a tant occupé l'ancienne Académie de chirurgie, est pour ainsi dire tranchée aujourd'hui ; or il doit en être de l'amputation des deux membres comme de l'amputation d'un seul membre : si l'opportunité de l'opération est démontrée, il faut agir sans délai. — Cependant, lorsque, après la première opération, le malade tombe dans un état de stupeur et de commotion considérables, lorsqu'il est doué d'un tempérament très-nerveux, malgré le secours inappréciable apporté dans ces dernières années par le chloroforme, il vaut mieux retarder la seconde opération, afin d'éviter un état spasmodique consécutif qui peut devenir mortel. Chacun sait, en effet, qu'il y a des pertes nerveuses, comme il y a des pertes sanguines, et que la douleur tue aussi vite que les hémorrhagies.

En terminant ce travail, je forme le vœu de voir cette question transportée devant le tribunal si compétent de la Société de chirurgie; tous les praticiens seraient heureux de voir un point aussi grave de notre science traité par une Compagnie placée si haut dans l'opinion.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de la langue opéré. — Récidive. — Mort par hémorrhagie. — M. CHASSAIGNAC présente un cancer récidivé de la langue et du pharynx. Le malade, opéré il y a vingt-six mois, a été bien portant pendant près de deux ans. La tumeur qui avait été enlevée offrait des éléments divers : ainsi, on y rencontrait quelques cellules cancéreuses, du tissu fibro-plastique et des traces d'épithélium.

La mort, survenue il y a quelques jours, a été déterminée par une hémorrhagie foudroyante provenant de la carotide, qui, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce, a été détruite à son point de bifurcation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BROCA présente à la Société un jeune homme atteint d'une de ces affections de la hanche qui depuis quelque temps déjà ont fixé l'attention de la Société.

C'est un militaire âgé de trente-huit ans, qui, à son retour de Crimée, sentit, en levant un fardeau, un craquement douloureux dans la hanche. Cet accident n'eut pas de suites, et au bout de quelques jours le malade sortit de l'hôpital. Plus tard, étant en garnison à Douai, cet homme ressentit une horrible douleur lorsqu'il souleva un sac pesant 60 kilogrammes. A cette époque, il garda le lit pendant cinquante jours. En le quittant, il boitait, et les symptômes que vous constatez aujourd'hui se prononcèrent de plus en plus.

Aujourd'hui l'on est frappé de la saillie considérable du grand trochanter, de l'élévation de la hanche, d'un raccourcissement apparent du membre. L'on constate aussi une assez grande liberté dans les mouvements, excepté celui d'abduction, qui est à peu près impossible. En explorant la fosse iliaque externe, vous ne trouvez pas de tête fémorale. Devant tous ces signes, M. Broca penche pour l'idée d'une simple déformation articulaire sans déplacement.

M. LARREY, après avoir demandé quelques renseignements sur la position de ce militaire, pense qu'il n'est pas atteint de luxation, mais que la luxation est apparente par l'élévation sensible du bassin et par une contracture musculaire bien manifeste, d'où résulte le raccourcissement considérable. Il voudrait qu'une mensuration très-exacte pût faire apprécier la différence réelle de longueur des deux membres; et sans contester l'existence d'une coxalgie, il propose de recourir à l'emploi du chloroforme pour annihiler la douleur ainsi que la contracture musculaire, et pour établir un diagnostic plus précis sur les caractères de cette coxalgie.

— Dans une courte discussion qui suit la présentation de ce malade, MM. Larrey, Guersant et Chassaignac émettent l'opinion qu'il ne s'agit pas d'une luxation, mais d'une simple déformation articulaire. M. Guersant insiste sur la nécessité de chloroformiser le malade pour s'assurer de l'état des surfaces articulaires.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance du 1er décembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MAISONNEUVE demande la parole à propos d'un fait personnel.

Je n'ai pas, dit M. Maisonneuve, répondu à M. Chassaignac, parce que la Société a voté la clôture de la discussion; mais sans entrer à nouveau dans la question, je demande à faire une rectification sur un fait indiqué par M. Chassaignac, fait dont je conteste l'exactitude. Je n'ai jamais voulu cacher l'histoire de la pénétration du caustique dans la poitrine d'une malade que j'opérais d'un cancer du sein; car, aussi bien devant la Société que dans l'observation publiée par le *Moniteur des hôpitaux*, j'ai fait mention de cet accident.

M. CHASSAIGNAC persiste à maintenir que c'est seulement dans une séance suivante que M. Maisonneuve a, sur l'interpellation d'un des membres de la Société, parlé de cette perforation dont il n'avait pas fait mention dans sa première communication.

Après une nouvelle dénégation de M. Maisonneuve, M. LE PRÉSIDENT propose la clôture de la discussion, qui est adoptée à l'unanimité.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le *Recueil des travaux de la Société médicale allemande de Paris*, par MM. Meding et A. Martin. Paris, 1856, in-8°.

— M. Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à la Société un exemplaire de son *Compte rendu général des services de l'hôpital Saint-André* pendant l'année 1857. Bordeaux, 1857, in-8°.

— M. MAISONNEUVE fait hommage de son *Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation*. Paris, 1858, in-8°.

— M. Millard (Aug.), lauréat des hôpitaux de Paris, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *De la trachéotomie dans le croup*. Ce travail est destiné à concourir pour le prix Duval.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse contenant dans son centre des éléments fibro-plastiques. Mort par la généralisation de l'affection. — M. ROBERT communique une observation relative à un malade qui, après avoir

présenté une tumeur fibreuse du pied, a succombé à une généralisation de cette affection, après avoir subi l'amputation du membre malade. A l'autopsie, on a trouvé des tumeurs fibreuses dans les principaux viscères.

M. Robert considère ce fait comme un exemple de généralisation des tumeurs fibreuses.

M. Houel, après avoir examiné la tumeur, avait pensé, en raison de sa composition, que le malade pourrait guérir. J'ai, en effet, examiné la pièce fraîche. M. Verneuil l'a également analysée.

On reconnaissait manifestement que deux éléments entraient dans sa composition. La partie supérieure de la tumeur offrait exactement l'apparence des tumeurs fibreuses pures de l'utérus. La partie inférieure, au contraire, ramollie, offrait l'élément fibro-plastique. C'était donc une tumeur mixte Ces tumeurs sont susceptibles de se généraliser. Seulement le pronostic est d'autant plus grave que l'élément fibro-plastique y est en plus grande abondance.

M. GIRALDÈS. Je voulais parler dans le même sens que M. Houel. M. Robert me paraît tirer de ce fait une conclusion inattendue, quand il le cite comme un exemple de généralisation des tumeurs fibreuses. C'est là une tumeur mixte, et sa généralisation n'a rien qui puisse étonner.

M. CLOQUET. L'observation communiquée par M. Robert me rappelle un fait qui s'est passé sous mes yeux à une époque où l'on s'occupait encore peu du microscope.

Un homme fut reçu à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'une affection de la vessie. Il avait sur le corps quarante ou cinquante tumeurs fibreuses. Il succomba par suite d'accidents inflammatoires développés dans l'appareil urinaire. A l'autopsie on trouva des tumeurs fibreuses dans tous les organes; le méseutère en était rempli.

M. Cloquet pense que les tumeurs fibro-plastiques sont une variété du cancer.

M. CHASSAIGNAC. L'observation qui nous est soumise présente une véritable importance.

Il faut maintenir cliniquement la division des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs fibreuses.

On possède dès maintenant un nombre assez considérable d'observations de généralisation des tumeurs fibro-plastiques. Quant aux tumeurs fibreuses, cette généralisation est bien plus rare. Les tumeurs mixtes rentrent dans les catégories des tumeurs malignes, et l'on ne

doit pas s'étonner de leur tendance à la repullulation et à l'envahissement de la constitution.

M. ROBERT. Toutes les tumeurs fibreuses contiennent les deux éléments, et suivant la prédominance du tissu fibreux ou du tissu fibro-plastique, elles prennent l'une ou l'autre de ces dénominations. Les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques sont assez communs dans la science, mais il n'en est pas de même pour les tumeurs fibreuses, et c'est à ce titre que j'attache une certaine importance au fait que j'ai l'honneur de vous soumettre, et que je considère comme un exemple de tumeur fibreuse généralisée.

M. RICHET. Comme plusieurs de nos collègues, je fais observer à M. Robert que sa déduction n'est pas logique, car la tumeur qu'il présente n'est pas fibreuse, mais bien fibro-plastique. J'ai enlevé une tumeur fibreuse des os, pesant 5 ou 6 livres ; elle était bien ramollie au centre, mais pas de la même façon. C'était une espèce de gélatine mélangée de sérosité noirâtre, aucune trace de tissu fibro-plastique ne s'y rencontrait ; la pièce est déposée au musée Dupuytren.

M. BROCA, répondant à un désir exprimé par M. Robert, donne quelques détails sur la structure des corps fibreux de l'utérus. On a cru dans l'origine que ces corps étaient composés, comme la tumeur présentée par M. Robert, d'un mélange d'éléments fibreux et d'éléments fibro-plastiques. Mais lorsque M. Kolliker eut fait connaître les cellules-fibres des muscles de la vie organique, on ne tarda pas à constater que les cellules allongées et fusiformes qu'on rencontre dans la plupart des corps fibreux de l'utérus sont des fibres-cellules en tout semblables à celles qui rentrent dans la structure normale de la paroi musculaire de la matrice.

Ainsi donc les corps fibreux utérins ne sont pas composés, comme on aurait dû le croire d'abord, d'un mélange de tissu fibreux et de tissu fibro plastique, mais d'un mélange de tissu fibreux et d'éléments musculaires de la vie organique. Leur structure, par conséquent, est en quelque sorte la répétition de celle de la paroi utérine. Il peut bien se faire que quelques-uns d'entre eux renferment une petite quantité d'éléments fibro-plastiques, mais ces éléments ne sont qu'adventices, et ne communiquent à la tumeur aucun des caractères chimiques des productions fibro-plastiques autogènes.

En tout cas, les corps fibreux de la matrice sont des productions accidentelles propres à l'appareil utérin, et on n'est pas autorisé à se servir de cet exemple pour éclairer l'histoire des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques proprement dites.

Malgré cette élimination d'une catégorie de corps fibreux, dont la bénignité est presque absolue, les tumeurs fibreuses proprement dites restent encore au nombre des productions accidentelles les plus inoffensives. Dans le cas actuel, la tumeur du calcanéum n'était pas exclusivement fibreuse ; la présence d'une notable proportion d'éléments fibro-plastiques aggravait certainement le pronostic. Néanmoins, M. Houel a eu raison de répondre à M. Robert, après avoir examiné cette tumeur, que le malade avait de bonnes chances de guérison. Les chances étaient meilleures à coup sûr que si la masse morbide eût été cancéreuse ; meilleures même que si elle eût été purement fibro-plastique ; mais c'est tout ce qu'on pouvait dire, car il y avait certainement lieu de craindre la récidive ou la généralisation, et l'expérience ne l'a que trop démontré.

Il y a une affinité incontestable entre les éléments fibreux et les éléments fibro-plastiques ; et quoiqu'on ait cru à tort que les premiers se forment *toujours* aux dépens des seconds, l'étude des formations embryonnaires et celle des formations pathologiques prouvent qu'il en est quelquefois ainsi. On peut donc s'attendre à trouver entre les tumeurs fibreuses pures et les tumeurs fibro-plastiques pures une foule de nuances intermédiaires. Beaucoup de tumeurs, en effet, sont compliquées d'un mélange des deux tissus en proportion variable, et celle de M. Robert rentre dans cette dernière catégorie.

On remarque généralement que le pronostic de ces diverses tumeurs est d'autant plus grave que les éléments fibro-plastiques sont en plus grande quantité. Les fibro-plastiques pures sont de beaucoup les plus menaçantes ; elles infectent souvent l'économie, et on en connaît maintenant un grand nombre d'exemples. Les tumeurs fibreuses pures sont les moins dangereuses. On a même pu croire qu'elles étaient toujours locales, et cette opinion, qui était déjà classique avant l'intervention du microscope, a été d'abord acceptée par les micrographes.

Mais quelques faits parfaitement authentiques ont démontré, depuis une dizaine d'années, que les tumeurs fibreuses, quoique le plus souvent locales, peuvent quelquefois se comporter avec la même gravité que le cancer et les tumeurs fibro-plastiques. J'ai moi-même présenté à la Société, il y a quelques années, un cas de fibrômes multiples, héréditaires, et récidivant. Avant cette époque, M. Paget avait publié des cas semblables, consignés dans un chapitre de son *Traité des tumeurs*, sous le titre de *Malignæ fibrorum tumores*, ou tumeurs fibreuses malignes.

Lorsque M. Robert a terminé sa communication, j'espérais, continue

M. Broca, qu'il ajouterait une conclusion à sa dernière phrase. Il nous a fait remarquer que le caractère de la généralisation dans les viscères n'appartenait pas seulement aux cancers ; que ce phénomène a été observé chez des individus atteints de tumeurs fibro-plastiques, de tumeurs épithéliales, cartilagineuses ou fibreuses , et il en a conclu que toutes ces tumeurs étaient malignes ou plutôt qu'elles *pouvaient* l'être, car c'est là sans doute l'idée qu'il a voulu exprimer. Je lui demanderai maintenant la permission de continuer et de compléter sa pensée, et de dire que le phénomène de la malignité, pouvant éventuellement se manifester dans la plupart des productions accidentelles , doit trouver sa place dans la description des tumeurs , mais ne peut servir de base à leur classification. C'est donc à tort que ce caractère est considéré par beaucoup de chirurgiens comme la pierre de touche du cancer. On a cru avoir prouvé que les tumeurs fibro-plastiques étaient cancéreuses parce qu'elles étaient souvent malignes ; et c'est de la même manière qu'on s'y est pris pour replonger les épithéliomas parmi les cancers. Or, si ce raisonnement est bon , il faut de toute nécessité l'appliquer aussi aux tumeurs fibreuses et aux tumeurs cartilagineuses, et il en résultera que ces dernières tumeurs , quoique presque toujours bénignes, viendront se confondre dans la classe des cancers , comme aux époques antérieures à l'intervention de l'anatomie pathologique.

M. GIRALDÈS insiste également sur la confusion faite par M. Robert, qui persiste à considérer sa tumeur comme fibreuse , tandis que c'est une tumeur mixte.

LECTURE.

M. HOUEL donne lecture d'un travail sur es ractures en V.

La discussion de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

Communication sur l'amputation sus-malléolaire. — M. LABORIE. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société deux moules reproduisant la forme exacte de deux moignons résultant de l'amputation sus-malléolaire.

Dans ces deux cas, l'amputation circulaire avait déterminé consécutivement des accidents tels que les malades restaient dans des conditions très fâcheuses ; la cicatrice incomplète ne pouvait se parfaire , et il en résultait une véritable impotence. J'ai protesté contre la pensée qu'on paraissait me prêter de vouloir faire repousser cette amputation. Ainsi que je l'ai dit, je pense que la sagacité des chirurgiens doit tendre à rendre l'opération meilleure ; car les résultats comparés entre

l'amputation au lieu d'élection et l'amputation sus-malléolaire sont tellement en faveur de cette dernière au point de vue de la mortalité, que l'on ne saurait hésiter dans le choix à faire.

Une occasion récente s'est offerte à moi de donner de nouveaux éléments pour aider à la solution de cette intéressante question de pratique. Deux malades sont entrés récemment à l'Asile, ayant tous deux subi l'amputation sus-malléolaire ; j'ai fait mouler leurs deux moignons, et j'ai l'honneur de vous les présenter.

Le premier malade, le nommé Guinguand, âgé de trente-sept ans, employé au chemin de fer de Lyon, est entré à l'Asile impérial le 6 septembre 1858. Dans la nuit du 9 au 10 janvier, il fut renversé par un train du chemin de fer, à trois kilomètres de Fontainebleau. On le retrouva une heure après sans connaissance. Il présentait plusieurs fractures et un tel écrasement du pied droit, que notre habile confrère M. Leblanc dut pratiquer l'amputation de la jambe à dix centimètres au-dessus de l'extrémité de la malléole interne.

Les suites de l'opération furent heureuses ; il sortit quelques esquilles, et quatre mois après la cicatrisation était complète. Le malade fut dirigé sur l'Asile impérial pour s'y rétablir complétement.

Etat du moignon le 6 *septembre.* — 1° Amaigrissement excessif de la jambe, qui, au niveau du mollet, offre avec le membre sain une différence de plus de cinq centimètres.

2° L'extrémité du moignon présente une cicatrice dans les conditions suivantes :

Elle est presque pelliculaire, adhérente sur les deux extrémités osseuses, qui font une saillie tellement marquée que le moignon offre une forme bifurquée ; le tissu cicatriciel se continue en arrière sur une assez grande étendue, exerce sa puissance rétractile et refoule les tissus dans l'espace interosseux, produisant ainsi cette bifurcation que je signale. Une sensibilité très-vive, surtout sur l'extrémité du péroné, rend la moindre pression insupportable. Il est presque certain que le malade en sera réduit à marcher en se servant d'un pilon ordinaire, sur lequel il s'appuiera à l'aide du genou.

Dans ce cas, l'amputation, parfaitement bien faite, a été pratiquée, par force majeure sans doute, suivant la méthode circulaire.

Le second malade, le nommé Tanscrain, âgé de cinquante-cinq ans, est entré à l'Asile le 26 novembre 1858. Il a été amputé le 26 juillet dernier, à l'hôpital Lariboisière, par M. Voillemier. Cet homme était affecté de tumeur blanche suppurée du pied gauche existant depuis trois ans.

Comme dans le cas précédent, l'amputation fut faite à 10 centimètres au-dessus de l'extrémité de la malléole interne. Un large lambeau postérieur, comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille, a recouvert la plaie. Cinq semaines après, la cicatrice était complète.

Il est impossible de voir un résultat plus parfait; le lambeau, épais, consistant, matelasse la partie inférieure du membre. La cicatrice, presque linéaire, occupe les deux tiers de la circonférence du membre en avant et latéralement. Elle se maintient et se maintiendra parfaite, car pendant la marche, loin d'être tiraillée, la pression exercée sur le lambeau en rapproche encore les lèvres.

Ce très-beau résultat démontre la supériorité incontestable de l'amputation à lambeau. Je pense que l'on devra appliquer aux amputations de l'extrémité inférieure de la jambe ce que M. Vanzetti conseille pour les amputations de l'extrémité de l'avant-bras. Cet habile chirurgien, dans une récente communication, nous a montré les résultats avantageux obtenus non-seulement dans les désarticulations du poignet, mais encore dans l'amputation à la partie inférieure du membre par l'application d'un large lambeau emprunté à la paume de la main. Le moignon ainsi constitué présente une surface large et résistante, dont le malade peut se servir avec grand avantage. En appliquant à l'amputation sus-malléolaire le même précepte, on obtiendra les mêmes avantages.

M. LARREY renouvelle la proposition qu'il a déjà faite : il désire que toutes les observations d'amputation sus-malléolaire soient relevées avec le plus grand soin pour permettre de juger définitivement cette opération.

M. LABORIE s'engage à réunir tous les faits qui se présenteront à son observation, et quand leur nombre sera suffisant pour aider à la solution de cette intéressante question de médecine opératoire, il fera hommage à la Société des observations qu'il aura recueillies, en y joignant les moules des membres amputés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste développé sur le testicule. — M. CHASSAIGNAC. J'ai reçu dans mon service un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, a offert une gangrène du cerveau.

A l'autopsie, nous avons trouvé sur un testicule une tumeur liquide enkystée entourant la demi-circonférence de cet organe; elle le coiffe comme le fait l'épididyme.

Le liquide contenu est entièrement spermatique. Il a été analysé par M. Robin.

M. GOSSELIN a vu et décrit un certain nombre de ces kystes. La forme oblongue de celui-ci est insolite. Dans ces tumeurs, on trouve généralement des zoospermes, ce que j'attribue à l'existence, soit encore perceptible, soit ancienne et détruite depuis, d'une communication avec les conduits séminifères.

M. BROCA n'accepte pas pour tous les cas l'explication de M. Gosselin sur la cause de la présence des zoospermes dans ces kystes. Ainsi j'ai trouvé de ces animalcules dans un kyste développé loin du testicule sur le trajet du cordon. Il y aurait dans ces cas une espèce de déplacement de la sécrétion.

Sur le même malade qui portait cette tumeur existait une fracture du bras.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que la forme de cette fracture présente des dentelures très-marquées.

M. GOSSELIN, à ce propos, insiste sur les nombreuses variétés de fractures qui se découvrent chaque jour, et sur la rareté des solutions osseuses telles qu'elles sont décrites dans les auteurs classiques.

Rétrécissement de la trachée-artère donnant lieu à des symptômes qui firent croire à un œdème de la glotte. — Trachéotomie. — Mort. — M. DEMARQUAY. Je soumets à l'examen des membres de la Société les organes respiratoires d'un homme âgé de trente et quelques années, sur lequel j'ai dû pratiquer il y a peu de jours la trachéotomie pour remédier à une asphyxie imminente. Cet homme, fort, vigoureux, était entré dans le service de M. Vigla, pour se faire traiter d'une syphilis constitutionnelle grave, qui avait amené une perforation de la voûte palatine. A son entrée, on avait diagnostiqué une laryngite syphilitique. Déjà il existait de l'oppression, et tout faisait craindre la nécessité prochaine de recourir à la trachéotomie. Jeudi soir, c'est-à-dire il y a six jours, je fus appelé près de ce malade, que je trouvai dans un état très-grave : le pouls était petit, dépressible; les extrémités froides; la respiration rapide, une inspiration bruyante. Les traits étaient profondément altérés, on crut à un œdème de la glotte. Je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie. L'opération fut faite lentement; il s'écoula fort peu de sang. Je mis une grosse canule dans la trachée-artère. A peine l'opération était-elle terminée que le malade fut pris d'une syncope qui dura plus de 10 minutes. Quand elle eut cessé, la respiration ne se faisait pas mieux. Je changeai la canule et

j'en introduisis une plus grosse sans avantage pour le patient, pensant que du sang s'était accumulé dans les bronches. Je stimulai les voies respiratoires, j'aspirai avec la bouche sur la canule et à l'aide d'une sonde introduite profondément dans les voies respiratoires, sans modifier en rien l'état du malade.

Je dus m'éloigner après une heure et demie de recherches, bien convaincu que mon opéré ne tarderait pas à succomber. C'est ce qui arriva en effet.

A l'autopsie, que je fis avec soin, je constatai que mon opération n'avait intéressé aucun organe important; que le larynx était sain, et que la cause de la suffocation avait son siége à la partie inférieure de la trachée. Dans ce point, en effet, on trouvait un rétrécissement considérable amené par la rétraction du tissu cicatriciel, qui avait succédé à la guérison des ulcérations que le malade portait à la partie supérieure de la trachée, c'est-à-dire à deux ou trois centimètres de la bifurcation des bronches.

La trachée, dans ce point, donnait à peine passage à une sonde d'un moyen calibre. Toute la trachée, dans ce point et surtout à droite, était très-adhérente au tissu cellulaire environnant; les ganglions lymphatiques voisins étaient durs, hypertrophiés. En un mot, dans ce point, le tissu cellulaire avait perdu de sa souplesse par le fait de l'inflammation, et la trachée elle-même était comme enchaînée dans cette masse, ce qui m'explique un phénomène qui m'a frappé pendant l'opération, je veux parler de l'immobilité de cet organe pendant les grands efforts d'inspiration. Cela se voyait très-bien pendant l'opération. Les bronches, au-dessous du rétrécissement, étaient très-dilatées; leurs fibres musculaires étaient devenues très-apparentes.

Ce fait m'a paru intéressant, d'abord parce qu'il établit que la syphilis peut avoir son siége jusque dans la trachée-artère, que les accidents résultant de cette maladie sont toujours fort graves, et que jusqu'à ce jour la symptomatologie manque entièrement pour établir un diagnostic précis.

M. CHASSAIGNAC rapporte un fait analogue. Il a opéré à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Moissenet, une femme qui offrait les mêmes symptômes. Elle avait eu des accidents syphilitiques; elle succomba, et à l'autopsie on reconnut exactement au même point un rétrécissement de la trachée.

M. BROCA. Lors de mon internat à l'Hôtel-Dieu, je pratiquai, requis par M. Jadioux, ma première opération de trachéotomie. Le malade était considéré par ce médecin comme affecté d'œdème de la glotte. Après

avoir fait l'opération, malgré l'introduction d'une large canule, le malade restait dans le même état de suffocation. Une sonde, poussée dans la trachée par la canule, pénétra assez avant et permit au malade de respirer un peu plus librement; mais après quelques jours il succomba. A l'autopsie on trouva la trachée comprimée par un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le secrétaire, E. Laborie.

Séance du 8 décembre 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

M. LE PRÉSIDENT annonce la nouvelle perte que la Société vient de faire en la personne de M. Bonnet (de Lyon), membre correspondant.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. HOUEL dit qu'il a examiné, au Musée Dupuytren, la tumeur fibreuse dont M. Richet avait parlé dans la dernière séance.

Le prétendu ramollissement central auquel faisait allusion M. Richet est constitué par un kyste qui occupait le centre de la tumeur.

Note sur les fractures en V. — M. HOUEL communique le travail suivant :

« M. Gosselin, en vous montrant les pièces envoyées par M. Lizé, a profité de cette occasion pour insister de nouveau sur la variété de solution de continuité des os qu'il vous a décrite sous le nom de fracture en V. Il vous a dit lui-même, dans son rapport, que cette variété de solution de continuité osseuse n'était point une *querelle de mots*, mais qu'elle pouvait modifier profondément le pronostic de cette forme de fracture, sans quoi il ne s'en serait point occupé. Je ne puis que m'associer à cette manière de voir, et c'est précisément parce que je reconnais l'importance de l'innovation apportée par notre collègue que je me permettrai de discuter son rapport.

» Appelé que je suis par ma position et mes études spéciales à voir la plupart des cas pathologiques qui existent dans les hôpitaux et même dans la ville, j'ai pu me faire peut-être une idée plus complète que M. Gosselin sur le mécanisme des fractures en V; mais avant tout il faut s'entendre sur la valeur des mots, et voir les idées que leur attachent leurs auteurs.

» J'avoue que lorsque M. Malgaigne, dans son remarquable *Traité*

des fractures, est venu révoquer en doute l'existence des fractures transversales pour leur substituer le nom de fractures dentelées, j'ai d'abord été étonné. Je me suis demandé, sans vouloir remonter plus loin dans l'histoire de la science, si Boyer et ses successeurs n'avaient point désigné avec M. Malgaigne une seule et même lésion seulement en employant un nom différent, tout en reconnaissant que celui proposé par M. Malgaigne peignait mieux à l'imagination la réalité de la lésion.

» Lisant alors le texte de Boyer, j'ai pu me convaincre qu'il en était ainsi, car le célèbre chirurgien de la Charité, étudiant la question *relative à la direction suivant laquelle l'os est cassé*, reconnaît des différences qui se rapportent à l'axe de l'os, et dit : « On la nomme » transversale quand l'os est partagé par une rupture transversale à » sa longueur. » Malheureusement il ajoute : « On lui donne aussi le » nom de fracture en rave. » Et c'est sur cette dernière partie qu'a existé toute la dissidence.

M. Nélaton (1844), étudiant la direction des fractures, dit : « On observe rarement sur les os une solution de continuité régulière ; le » plus souvent on rencontre des dentelures, des angles rentrants, des » courbures unies à des divisions rectilignes. Pour déterminer la di- » rection de la fracture, on ne tient compte que de la direction des » plans de la solution de continuité envisagée dans son ensemble, et » l'on néglige toutes les irrégularités qu'elle peut présenter. »

» Il résulte des citations que je viens de faire que Boyer et surtout M. Nélaton me paraissent avoir eu une connaissance assez nette, assez précise de la fracture transversale que M. Malgaigne (1847) a désignée sous le nom de *dentelée;* mot heureux, car s'il ne constate pas un progrès réel, en rappelant à l'observateur la disposition de la fracture, il a encore l'avantage d'indiquer que ces dentelures peuvent s'opposer à une réduction exacte. Je crains donc que M. Malgaigne ne soit allé trop loin :

» 1° En supposant que Boyer ait toujours voulu voir sous le nom de fractures transversales une fracture en rave ;

» 2° En niant formellement l'existence des fractures en rave, le célèbre professeur de médecine opératoire s'est basé, pour cette dernière assertion, sur ce qu'il n'en avait jamais vu, et qu'il n'en existait point d'exemples dans les musées.

» La Société de chirurgie ne peut partager aujourd'hui une opinion aussi absolue à l'égard des fractures en rave, Gerdy lui en ayant ap-

porté un exemple remarquable qui avait pour siége le tibia, et qui est consigné dans nos Bulletins.

» M. Gosselin, cherchant à établir la différence qui existe d'après lui entre les fractures obliques et en V, considère, dans son rapport, les fractures du fémur et du tibia que vous a adressées M. Lizé comme n'étant point des fractures obliques telles que nous les ont transmises les auteurs classiques, et il dit : « Je ne sais si je m'abuse, mais il » me semble que sous ce nom de fractures obliques on nous désignait » des solutions de continuité dont le trait était supposé dans le même » plan sur les deux fragments, ou mieux était disposé de telle façon » qu'on eût pu le reproduire par un trait de scie. » — Et plus loin il ajoute, pour les fractures de M. Lizé : « Sur aucune le trait n'est » exactement dans le même plan sur les deux fragments ; toutes, pour » être imitées sur des os de même nature, nécessiteraient deux ou » plusieurs traits de scie. »

» J'avoue qu'en lisant ces lignes, je me suis demandé si M. Gosselin ne s'était point laissé entraîner, s'il avait bien médité la définition des fractures obliques donnée par nos maîtres, et la Société, j'en suis convaincu, reconnaîtra dans les pièces de M. Lizé, citées par M. Gosselin, ce que nous étions tous dans l'habitude de désigner sous le nom de fractures obliques. Si cela est exact, M. Gosselin a néanmoins le mérite de les avoir mieux décrites, mieux étudiées que ses prédécesseurs, et surtout d'en avoir fait connaître la gravité. Plus rigoriste ici que M. Malgaigne, il a voulu avec Gerdy voir dans les fractures obliques une division nette, précise, en quelque sorte mathématique, à laquelle ne peut évidemment point se prêter une solution de continuité osseuse traumatique. S'il en était ainsi, ce serait le cas de dire qu'il n'existe point de fracture oblique, du moins telle que semble l'entendre M. Gosselin dans son rapport.

» Dans la fracture en V de M. Gosselin, qui est si commune aujourd'hui depuis qu'on la recherche, ce qui me paraît encore militer en faveur de l'opinion qui la rattache à la fracture oblique des anciens, c'est que l'on peut établir deux variétés, distinction importante au point de vue du diagnostic et du traitement. Ces deux dernières conditions, il faut le reconnaître, ont été pour M. Gosselin le principal mobile dans une révision plus exacte de la direction des fractures. Quelquefois, en effet, la fracture en V n'est qu'une variété de la fracture spiroïde de Gerdy, avec une dent longue en forme de pointe ou d'épée, ce qui lui a fait donner par le regrettable professeur le nom de fracture *pointue*. D'autres fois, c'est une véritable fracture oblique avec une

extrémité tronquée ; la première variété est de beaucoup la plus commune. Je me propose de les examiner séparément avec pièces à l'appui, leur pronostic me paraissant offrir de notables différences.

» La première variété, celle que je rapporte à la forme dite spiroïde de Gerdy, et qui s'observe spécialement sur la partie supérieure de la diaphyse du fémur et sur le tibia, a ceci de remarquable que la fracture oblique qui la constitue contourne en spirale l'os, et arrivée à une certaine hauteur, elle se décompose ou change seulement de direction, remonte brusquement sur l'os de bas en haut, et détache quelquefois une large esquille qui appartient au fragment supérieur. M. Lizé vous en a présenté un exemple, et le musée Dupuytren en renferme deux autres. M. Malgaigne a très-bien décrit cette esquille, que j'ai toujours trouvée identique et d'un gros volume.

» Sur la partie moyenne du tibia, la fracture oblique spiroïde, quoique appartenant à la même variété que la précédente, ne présente pas généralement les mêmes caractères qu'au fémur. Du point de décomposition du trait principal de la fracture, part une solution de continuité plus ou moins oblique de bas en haut, il est vrai, qui divise complétement l'os, mais ne remonte que rarement très-haut. Il résulte de cette disposition une forme particulière du fragment supérieur, qui constitue le V plein décrit par M. Gosselin, lequel, d'après cet auteur, agirait sur le fragment inférieur, et en particulier sur la moelle des os, qu'il contusionnerait.

» Cette contusion médullaire ne me paraît point aussi bien démontrée qu'à notre collègue, car dans tous les cas de fracture oblique que j'ai eu occasion d'examiner sur le cadavre, sans qu'il y ait eu de tentative de réduction, j'ai toujours observé que la pointe du fragment supérieur a plus de tendance à se porter du côté de la peau, dans l'épaisseur des muscles, que du côté du canal médullaire ; c'est aussi ce qui me paraît résulter des observations consignées dans les auteurs.

» M. Gosselin, qui dans ces fractures a bien reconnu sur le fragment inférieur l'existence à peu près constante d'une fissure, pense, invoquant toujours le même mécanisme, qu'elle est le résultat de l'action de la pointe du V plein, action qu'il croit encore être augmentée par un mouvement de torsion de ce fragment; mais s'il en était ainsi, il faudrait que dans la plupart de ces cas le fragment supérieur agît avec une certaine force. Et si on admet, comme j'ai cherché à l'établir, qu'il se porte ordinairement en dehors, qu'il ne contond point la moelle, à plus forte raison il sera difficile de supposer qu'il agisse avec assez de force pour produire une fissure du fragment inférieur ; fissure qui

a une importance capitale dans cette variété de solution de continuité osseuse, et qui a encore ceci de remarquable, c'est de se reproduire avec une telle fidélité, que si vous voyiez séparément les pièces que j'ai l'honneur de vous soumettre, vous pourriez croire voir toujours la même.

» En effet, sur toutes ces pièces, la fissure du fragment inférieur part directement du sommet du V creux de ce fragment, et elle est manifestement la continuation de la fracture principale, qui s'est décomposée au niveau où l'os a été fracturé dans toute son épaisseur. Cette fissure, véritable extension de la fracture spiroïde, continue pour la direction la fracture du fragment supérieur, contourne l'os, gagne les faces postérieures, pénètre dans l'articulation tibio-tarsienne, et détache de la partie postérieure et inférieure du tibia une large esquille triangulaire, dont la base répond en bas. C'est cette communication articulaire qui, si elle n'est point recherchée avec soin, peut devenir une complication grave de ces fractures.

» Quelques chirurgiens qui ont constaté isolément cette esquille ont pensé qu'elle résultait d'une pression du calcanéum contre le bord postérieur du tibia; mais la constance de sa forme, de son étendue, et sa continuité par un des bords avec la fracture spiroïde me font croire qu'elle est une dépendance de la fracture principale. Avant que M. Gosselin eût attiré l'attention des chirurgiens sur la fracture en V, je ne sache pas que cette esquille ait jamais été signalée comme complication possible des fractures du tiers inférieur du tibia; aujourd'hui elle devra toujours être soupçonnée, recherchée avec soin, ainsi que l'état de l'articulation.

» Dans la seconde variété, celle dans laquelle le sommet du V forme, au lieu d'une pointe, un cône tronqué analogue à la pièce que j'ai l'honneur de faire passer sous les yeux des membres de la Société, la fissure du fragment inférieur est bien différente des pièces précédentes; elle n'est manifestement point la continuation de la fracture oblique, et elle paraît bien plutôt résulter de l'action du fragment supérieur; c'est alors que la moelle ou bien l'os lui-même peuvent être fortement contus, et que les accidents signalés par M. Gosselin sont à craindre.

» En résumé donc, je conclus en disant que :

» 1° La fracture en V ou en coin décrite par M. Gosselin n'est le plus souvent qu'une variété de la fracture oblique spiroïde de Gerdy;

» 2° Que l'action du fragment supérieur n'est généralement pour

rien dans la fissure du fragment inférieur, qui me paraît être au contraire une continuation de la fracture spiroïde;

» 3° Que cette fracture se complique presque toujours d'esquille de la face postérieure du tibia communiquant avec l'articulation, ce qui donne à cette lésion une gravité plus grande;

» 4° Que la contusion de la moelle ne me paraît que difficilement pouvoir être produite par la pointe du V plein;

» 5° Que dans certains cas le sommet du V plein, au lieu de se terminer par une pointe aiguë, peut exceptionnellement présenter une extrémité mousse, qui peut alors exercer une action contondante sur le fragment inférieur; encore dans ces cas faut-il tenir compte de la cause de la fracture. »

M. GOSSELIN. Dans la note de M. Houel, j'ai trouvé deux critiques principales à mon rapport sur les fractures envoyées par M. Lizé. La première est relative à l'interprétation que je donne du mot fracture oblique, et au doute que j'émets sur l'existence de ces sortes de fractures telles que nous les avons généralement comprises. M. Houel pense que les auteurs classiques n'ont pas regardé comme une condition indispensable de l'obliquité la section exacte de l'os dans le même plan sur les deux fragments, et qu'ils ont compris sous le même chef les fractures si irrégulièrement obliques que nous nommons aujourd'hui dentées, en pointe, en spirale, en V. Je ne conteste pas que le mot fracture ait, en effet, englobé ici toutes ses variétés; mais il faut bien qu'il n'ait pas donné une idée assez nette du trait de la fracture dans bien des cas pour que des observateurs comme MM. Malgaigne et Gerdy aient jugé convenable de professer des dénominations nouvelles. N'est-il pas vraisemblable qu'en les proposant ainsi ils ont cru trouver à la fissure et à la direction des fractures des caractères différents de ceux qu'exprimait le mot oblique? J'insiste de mon côté sur ces différences et sur la rareté des fractures obliques proprement dites, parce que je tiens à appeler spécialement l'attention sur ces traits accessoires et consécutifs que je considère comme produits par le mécanisme du coin. Or les fragments ne peuvent agir l'un sur l'autre à la manière d'un coin qu'à la condition de présenter des saillies et des échancrures qui ne se trouvent pas dans la fracture oblique proprement dite, et qu'on rencontre au contraire dans les fractures en pointe ou en V, que nous pouvons réunir (car elles se ressemblent beaucoup) sous la dénomination de fractures cunéennes, proposée ici par M. Larrey.

La seconde critique de M. Houel est relative à l'explication que j'ai donnée, à propos des fractures en V, des fissures et des éclatements du

fragment inférieur. La Société se rappelle que j'ai fait précisément intervenir le mécanisme du coin dont je parlais tout à l'heure. Or M. Houel paraît admettre volontiers ce mécanisme lorsque les fissures du fragment inférieur sont verticales ; il le conteste, au contraire, lorsque la fissure se contourne en spirale sur le fragment inférieur, et vient circonscrire une longue esquille en arrière de l'extrémité inférieure du tibia. En pareil cas, dit M. Houel, la fissure n'est pas produite par le mécanisme du coin, elle est un prolongement de la fracture spirale de Gerdy.

Je n'ai qu'un mot à répondre. Gerdy, et personne après lui, n'a pas attaché aux fractures en spirale l'idée d'un mécanisme spécial. Ce mot indique une direction particulière du trait de la fracture et rien de plus. Or, la direction dont il s'agit, et que je comparerais volontiers à une spire, peut-elle survenir lorsque le fragment supérieur a agi en coin sur l'inférieur ? Les deux choses me paraissent parfaitement compatibles. En tout cas, M. Houel, en disant que c'est une fracture en spirale, ne substitue pas une explication à la mienne. Il est très-vrai que la pression à la manière d'un coin du fragment supérieur sur l'inférieur ne rend pas bien compte du détachement d'une longue esquille à l'extrémité inférieure du tibia. Il y a là un problème de mécanique animale que je ne suis pas en mesure de résoudre. Mais je ne trouve pas le problème mieux résolu quand on a dit que c'était un prolongement de la fracture spirale.

M. HOUEL, revenant sur son argumentation, ne trouve pas que M. Gosselin ait suffisamment répondu aux objections qu'il a faites à son opinion sur l'action du fragment en V.

M. GOSSELIN. Je suis obligé de répéter encore que sans doute la fissure du fragment inférieur peut quelquefois être la continuation de la fracture sans que cela puisse permettre de repousser dans un grand nombre de cas l'action du fragment supérieur pour produire cette fissure. L'examen des parties semble laisser la chose parfaitement claire.

Ce qui est important surtout, c'est de savoir qu'en outre du trait principal de la fracture, il existe bien plus souvent qu'on ne le croyait des fissures des esquilles sur le fragment inférieur. Ces désordres prolongés n'étaient pas bien connus.

La question du mécanisme reste à juger.

M. LARREY propose une explication des fissures dites spiroïdes et des fissures rectilignes, accompagnant les fractures que M. Gosselin a si bien décrites sous le nom de *fractures en V*, et que lui-même a proposé d'appeler *fractures en coin ou cunéennes*. La cause ou le méca-

nisme de ces fractures est, selon lui, la condition essentielle de l'une ou l'autre de ces fissures. Ainsi, dans les fractures en coin de la jambe, si le pied subit une pression violente mais directe contre le sol, l'angle saillant du fragment supérieur, enclavé dans l'angle rentrant du fragment inférieur, tend à produire sur celui-ci une fissure longitudinale ou rectiligne. Mais si un mouvement de torsion agit sur le membre ou sur l'os soumis à la fracture, l'éclat du fragment inférieur peut le contourner plus ou moins, et produire ainsi une fissure oblique ou spiroïde.

C'est d'après l'observation générale d'un grand nombre de fractures chez les militaires, et spécialement chez les cavaliers, c'est aussi d'après le souvenir particulier d'une fracture de la jambe par écrasement et par torsion, que M. Larrey cherche à expliquer le mécanisme différent de ces deux sortes de fissures des os.

M. RICHARD demande le pronostic de ces fractures.

M. GOSSELIN. Pour ce qui est des fractures de ce genre sur les os de la jambe, elles me paraissent graves; mais elles sont surtout très-graves lorsqu'il y a complication de plaie. Je dois dire que la question de pronostic ne sera bien jugée que lorsqu'il aura été possible de bien établir le diagnostic. Quant aux suites des fractures, elles seront toujours fâcheuses, car il se forme par ce mécanisme des déplacements irrémédiables. Je développerai, du reste, toutes ces questions dans un travail que je dois publier très-prochainement.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1856-1857, par M. le docteur Bertin. Nancy, 1858, in-8°.

Des éruptions qui compliquent la diphthérie, et de l'albuminurie considérée comme symptôme de cette maladie, par M. A. Maugin. Paris, 1858, in-8°.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. Bruxelles, 1858, in-8°.

Vierteljahrschrift für die praktische heilkunde, t. LX. Prague, 1858, in-8°.

Éloge de M. Chomel, prononcé à la Faculté de médecine par M. Grisolle. Paris, 1858, in-4°.

Verandelingen van het genootschap ter bevordering der genees en heelkunde, t. II. Amsterdam, 1858, in-4°.

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Corne, aide-major à l'hôpital militaire de Maubeuge, une observation intitulée : *Fracture verticale de la mâchoire inférieure; abcès phlegmoneux consécutif; déplacement opiniâtre; emploi de la gutta-percha le treizième jour. Guérison rapide.*

A cette observation, l'auteur a joint une note ayant pour titre : *Du phimosis congénial; nouveau procédé d'excision*, avec des dessins.

M. Morel-Lavallée est chargé de rendre compte de cette double communication.

RAPPORT.

M. HOUEL, au nom d'une commission composée de MM. Monod, Larrey et lui, fait un rapport sur une observation de tumeur volumineuse de nature bénigne située dans la région sous-claviculaire, et recueillie chez une femme de cinquante-huit ans, adressée à la Société par M. le docteur Rouault (de Rennes).

Après une discussion sur le rapport, les conclusions suivantes sont adoptées :

1° Remercier M. Rouault de sa communication;

2° L'engager à compléter son observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Tumeur pulsatile de la tête du tibia droit ayant détruit le tissu osseux dans une certaine étendue. — Amputation de la cuisse à son tiers inférieur. — Thyssea (Françoise), âgée de quarante-sept ans, limonadière, entrée à la maison municipale de santé le 17 novembre 1858, amputée le 2 décembre.

Cette malade, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, nous affirme qu'elle a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en 1856. Elle ne présente rien à noter du côté de l'hérédité, soit ascendante, soit collatérale, et n'avoue aucun antécédent syphilitique. C'est à deux ans environ qu'elle fixe le début de son affection ; mais alors les symptômes étaient fort légers et consistaient en douleurs vagues dans le genou droit, ayant leur siége sur les côtés de cette articulation, tantôt à la partie interne, tantôt à la partie externe, revenant à des intervalles plus ou moins éloignés et persistant un laps de temps plus ou moins long. Il n'y a guère que huit mois qu'elle commença à s'inquiéter de ces douleurs, qui non-seulement s'étaient localisées à la partie antérieure de la tête du tibia et s'irradiaient dans toute la

jambe, mais présentaient un degré d'acuité et de continuité beaucoup plus considérable qu'auparavant. Il n'y avait alors ni gonflement ni rougeur. Elle consulta un médecin, qui la traita pour des douleurs rhumatismales et lui fit appliquer des ventouses scarifiées. Il y a quatre mois environ, la marche était déjà difficile et douloureuse, lorsque *tout d'un coup*, pendant le cours d'une promenade, elle ressentit une violente douleur dans le genou droit; il lui devint tout à fait impossible de s'en servir; elle fut obligée d'entrer chez un pharmacien pour lui demander quelque soulagement et de se faire reconduire chez elle. A partir de ce moment elle n'a plus quitté le lit.

Vers le milieu du mois d'octobre, le chirurgien appelé à lui donner des soins s'aperçut qu'au niveau de la tête du tibia, un peu au-dessus du ligament rotulien, il y avait de la tuméfaction, de l'empâtement; de plus la peau commençait à rougir : il fit appliquer un vésicatoire volant. Une huitaine de jours après, le gonflement, la rougeur, ayant augmenté, il crut sans doute qu'il avait affaire à un abcès sous-périostique aigu, et fit une ponction avec un bistouri. Aussitôt un jet de sang vermeil sortit par saccades. L'orifice de la ponction fut aussitôt bouché avec un peu d'amadou trempé dans du perchlorure de fer, et une compression établie sur toute la jambe au moyen d'un bandage roulé.

Le lendemain l'orifice de la petite plaie était fermé, et, à partir de ce moment, une vessie remplie de glace fut appliquée sur la tumeur. Ce traitement fut continué à la maison de santé jusqu'au jour de l'opération.

Lors de l'entrée de la malade dans notre service, nous avons été à même d'observer ce qui suit :

Le genou droit était le siége d'un gonflement assez considérable au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et de la partie interne de la tête de cet os; le côté externe et la face postérieure de l'articulation ne présentaient aucune tuméfaction. Ce gonflement n'était pas nettement limité, et occupait une étendue de 8 ou 9 centimètres carrés. Le genou malade, mesuré au moyen d'un lacs circulaire à 4 centimètres au-dessous du bord inférieur de la rotule, avait 31 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain, mesuré au même niveau, n'en présentait que 24. La peau était rouge, luisante, un peu tendue, et présentait la cicatrice de la ponction mentionnée plus haut. La malade accusait des douleurs lancinantes ayant leur point de départ dans la tubérosité antérieure du tibia, et s'irradiant dans toute la jambe. Le palper permettait de reconnaître une fluctuation des plus évidentes, et de plus, des pulsations isochrones aux battements du

pouls. Si, avec le doigt promené sur la peau, on exerçait une certaine pression, on sentait nettement çà et là de petites lamelles osseuses fort minces qui se laissaient facilement déprimer par une légère pression. L'oreille appliquée sur la tumeur ne percevait aucun bruit de souffle.

La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine faisait immédiatement cesser les battements, qui reparaissaient aussitôt qu'on cessait la compression. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la pédieuse se percevaient très-nettement. Enfin, et *c'est là le point capital*, si en saisissant le pied on cherchait à imprimer des mouvements au membre, il se passait dans la partie supérieure du tibia des mouvements de latéralité aussi considérables que s'il y avait eu une fracture de cet os. Il était donc bien évident que nous avions affaire à une tumeur pulsatile de la partie supérieure du tibia, ayant *détruit les tissus osseux dans une certaine étendue*, et si les battements eussent pu faire penser un moment à la ligature de la fémorale au milieu de la cuisse, les désordres produits étaient trop considérables pour permettre de fonder aucune espérance sur ce mode de traitement. Le diagnostic pratique, c'est-à-dire celui indiquant l'amputation de la cuisse comme unique ressource, était trop nettement établi pour ne pas permettre de réserver à une époque ultérieure et à un examen plus approfondi et plus immédiat de la partie malade enlevée le diagnostic scientifique, c'est-à-dire celui de la *nature* de la lésion qui avait produit de pareils désordres.

L'amputation fut pratiquée le 2 décembre.

Examen du membre amputé. — Après avoir injecté l'artère fémorale, on procède à la dissection de l'articulation, qui présente les particularités suivantes :

La peau est saine, amincie à la région antérieure, principalement dans le point où la ponction a été faite. Le tissu cellulaire est peu abondant, condensé. Les tendons et les muscles qui environnent l'articulation n'ont pas éprouvé d'altération ; ils ont leur consistance et leur coloration normales. Les ligaments articulaires et la capsule fibreuse ont conservé leur aspect nacré ; au niveau de la tumeur, leurs fibres sont comme dissociées ; de nombreuses ramifications artérielles parcourent leur surface. Les vaisseaux et les nerfs sont sains et ne présentent aucune anomalie, soit de volume, soit de direction ; ils sont légèrement repoussés en arrière par le développement de la tumeur. Le périoste qui recouvre la partie inférieure du fémur et la partie supérieure du tibia est épaissi.

En pratiquant nne section longitudinale de l'articulation, voici ce que l'on observe :

La synoviale, un peu hypertrophiée, a un aspect légèrement grenu. Les ligaments croisés et les ménisques inter-articulaires sont intacts.

Le cartilage qui recouvre l'extrémité inférieure du fémur présente un bel exemple de l'altération que l'on a appelée par analogie ulcération des cartilages. En plusieurs points l'on observe des érosions peu profondes, de grandeur variable, depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes, au fond desquelles on sent une lamelle de tissu osseux, éburné, à surface chagrinée. Le pourtour de ces perforations est taillé à pic et comme pratiqué avec un emporte-pièce. Le reste du cartilage même ou pourtour de ces pertes de substance n'a subi aucune altération ; il n'y a ni injection ni perte de consistance ou de coloration, mais seulement un amincissement considérable. Le cartilage de l'extrémité supérieure du tibia est un peu grisâtre et terne, mais sans ulcérations. Le tissu spongieux du fémur est fortement injecté ; les cellules amincies sont devenues très-friables et cèdent facilement sous la pression du doigt ; elles sont remplies par un suc huileux et rougeâtre. La couche compacte a disparu en partie, surtout dans la portion articulaire. Çà et là, semés dans le canal médullaire et le tissu spongieux des condyles, on voit des noyaux grisâtres, de consistance molle, offrant à l'œil les caractères de l'encéphaloïde, enkystés dans le tissu spongieux ; le volume de ces noyaux varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ; la portion de tissu osseux qui les entoure a pris une coloration lie de vin. La rotule est saine. L'extrémité supérieure du tibia est envahie par une tumeur du volume du poing environ.

L'enveloppe est formée par le périoste épaissi et par une coque osseuse très-mince, n'ayant guère en avant que l'épaisseur d'une feuille de papier, se brisant sous le doigt qui la presse, et donnant lieu à la crépitation que l'on sentait en examinant la tumeur.

Dans les points où l'épaisseur est plus considérable, en arrière et dans la portion qui correspond aux condyles, le tissu osseux est plus dense qu'à l'état normal. Cette tumeur s'est développée aux dépens du tibia, qu'elle a détruit. Elle est molle, d'une consistance rappelant assez bien celle du cerveau ; sa coloration est gris-jaunâtre. Elle paraît formée d'une trame un peu plus résistante, sans trace de tissu osseux ou fibreux, dans laquelle sont enkystés des noyaux de la grosseur et de la forme d'une amande. Il existe des lacunes qui sont remplies par de la matière à injection. Le développement vasculaire est peu consi-

dérable. Cette tumeur se prolonge dans le canal médullaire du tibia, qu'elle a évidé en forme de cône.

L'examen microscopique n'a pu être fait.

En somme, la lésion, d'après ses caractères extérieurs, paraît être une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia. La présence de noyaux cancéreux dans le canal médullaire du fémur doit faire craindre la récidive.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC a présenté à la Société une pièce analogue. C'était un cancer myélo-plastique.

M. HUGUIER fait remarquer que dans l'épaisseur de l'os on rencontre de petites tumeurs logées dans des cavernes. L'analyse de ces tumeurs permettra d'établir le diagnostic précis de l'affection.

M. MICHON. La pièce que M. Demarquay met sous les yeux de la Société est un exemple de tumeur cancéreuse des os, tumeur qui a présenté des battements sans bruit de souffle. Cette circonstance semble pouvoir s'expliquer par le degré de développement qu'elle avait atteint au moment de l'opération. Les tumeurs pulsatiles des os présentent, sinon toujours, au moins assez souvent, différentes phases dans leur évolution. Dures d'abord, elles n'offrent ni battements ni bruit de souffle; ce n'est que plus tard que l'on voit se développer d'abord les battements, et ensuite le bruit de souffle apparaître. C'est ainsi que l'on peut expliquer les divergences d'opinion entre des hommes instruits à l'occasion de tumeurs étudiées à différentes époques par les uns ou les autres.

J'ai vu un jeune homme chez lequel les battements et les bruits de souffle existaient au plus haut degré dans une tumeur du genou, et chez lequel aussi des chirurgiens avaient méconnu dans le principe la nature de la maladie à cause de l'absence de ces signes, devenus très-intenses à la fin. J'ai vu également un chimiste célèbre, chez lequel une tumeur développée dans les os du bassin ne donnait dans le principe ni battements, ni bruit de souffle, et chez lequel plus tard ces deux signes étaient développés au plus haut degré. Marjolin et Sanson avaient examiné avec moi ce malade, et avaient fait les mêmes observations. L'étude attentive de ces phénomènes qu'on voit apparaître avec l'amincissement de l'enveloppe osseuse, le développement du système vasculaire dans la tumeur, et la communication des divers ordres de vaisseaux entre eux, pourrait être de quelque utilité dans le diagnostic différentiel de ces tumeurs cancéreuses et des anévrysmes

des os, s'il était donné au chirurgien d'observer la maladie dès le début. L'absence de battements et de bruit de souffle dans les tumeurs de cette nature à leur début devrait établir une différence entre elles et les anévrysmes des os ; ces anévrysmes sont excessivement rares, et la tumeur que M. Demarquay a présentée me paraît être une tumeur de nature cancéreuse, de celles dans lesquelles une récidive assez prochaine est à redouter.

Je ferai remarquer à cet égard que toutes les tumeurs pulsatiles des os, même celles dans lesquelles on a cru constater l'existence du tissu cancéreux, ne se reproduisent pas toujours avec la même rapidité. J'ai observé plusieurs faits remarquables, entre autres, un jeune homme que j'ai opéré il y a huit ou dix ans, qui avait été vu par presque tous les chirurgiens de Paris, et dont la santé est encore aujourd'hui parfaite. La pièce a été disséquée et examinée par M. Gosselin et par les micrographes habiles de l'époque. Elle avait été reconnue une tumeur encéphaloïde. Toutefois, je dois ajouter que j'ai vu des récidives après des amputations que j'avais pratiquées pour des tumeurs en apparence de même nature.

Je pense que M. Demarquay a eu parfaitement raison de pratiquer l'amputation de la cuisse, plutôt que de faire la ligature de l'artère fémorale. La ligature eût été inefficace. L'expérience a appris que plusieurs des succès qu'on lui avait d'abord attribués dans des cas de ce genre ne se sont pas maintenus. Ainsi, j'ai vu faire par Dupuytren l'amputation de la cuisse chez un homme auquel il avait, plusieurs années auparavant, pratiqué la ligature de l'artère fémorale pour une tumeur pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. La guérison avait paru suivre d'abord cette ligature ; mais la maladie avait reparu et fait des progrès qui nécessitèrent l'amputation. Ces apparences de succès dus à la ligature peuvent s'expliquer par le ralentissement de la circulation, et l'arrêt du développement vasculaire et des anastomoses qu'on observe dans ce genre de tumeurs.

M. FOLLIN. Je ne suis pas autant que M. Michon rassuré sur la nature de la tumeur présentée par M. Demarquay, car je crois que ce pseudoplasme est de ceux qui récidivent souvent sur place ou dans l'économie. L'examen micrographique de cette tumeur ne nous est pas encore communiqué, et nous ne pouvons rien affirmer sur ce point ; mais en voyant de petits noyaux du tissu morbide disséminés çà et là jusque dans le fémur, et tout près de la place où la scie a porté, je suis conduit à penser qu'il s'agit ici soit d'un cancer, soit d'une tumeur fibro-plastique.

Les tumeurs pulsatiles dont M. Michon a parlé, et qui après l'amputation du membre sont suivies d'une guérison absolue, me semblent différentes de celle que nous avons aujourd'hui sous les yeux ; ce sont ou des anévrysmes des os, ou des tumeurs myéloïdes. Les faits d'anévrysme des os sont fort rares ; cependant je crois qu'on ne peut pas en nier l'existence. J'en ai vu un cas très-remarquable dans les mains de notre collègue M. Richet. Il s'agissait d'une tumeur pulsatile de la tête de l'humérus ; la cavité de la tumeur ne contenait que du sang, et ses parois étaient formées par le périoste doublé en certains points d'une coque osseuse. Des vaisseaux se répandaient sur la coque de la tumeur, et de là pénétraient ensuite dans sa cavité. On voyait des radicules vasculaires flotter dans cette poche morbide, à laquelle ils communiquaient des battements rhythmiques. Ces tumeurs-là ne récidivent pas lorsqu'on a pratiqué l'amputation des membres.

Des tumeurs qui ressemblent mieux à celle qu'on nous présente aujourd'hui sont les productions qu'on désigne sous le nom de *tumeurs myéloïdes*. Ces pseudoplasmes sont formés par le développement d'éléments qui se rencontrent normalement dans le tissu médullaire de l'os, et qu'on appelle des myéloplasmes. On les voit à l'extrémité des os longs, et ils ressemblent, par leur couleur et leur consistance, aux encéphaloïdes. Cependant ils ne renferment point les éléments propres du cancer.

De plus, les tumeurs myéloïdes, dont une bonne description a été donnée par M. Gray dans un mémoire traduit dans les *Archives de médecine*, restent localisées au point où elles se sont primitivement développées ; elles n'ont point, comme la présente tumeur, des irradiations, des noyaux développés au voisinage de la tumeur principale. Enfin, dans un grand nombre de cas recueillis çà et là, on n'a point constaté de récidive.

Restent les tumeurs fibro-plastiques et les cancers des os. C'est sans doute à l'une de ces deux variétés de productions morbides qu'il faut rapporter la tumeur qui fait le sujet de ces remarques. Dans cette hypothèse, la récidive est des plus probables, et il ne faut point espérer une terminaison aussi heureuse que dans les cas rappelés par M. Michon.

M. RICHET. J'ai eu à traiter un malade qui, à la suite d'une contusion, vit se développer une tumeur à la partie supérieure de l'humérus. J'examinai cet homme cinq ou six mois après l'accident : l'épaule, énormément tuméfiée, présentait des battements et un bruit de souffle très-marqué. Comme la tumeur remontait très-haut, on pouvait croire

que l'affection avait gagné l'omoplate ; l'os paraissait le siége du mal, car on percevait de la crépitation. Je désarticulai le bras.

Une injection poussée dans les artères du membre amputé permit de reconnaître que toute la périphérie de la tumeur était enveloppée d'un lacis vasculaire très-riche, contenant dans ses mailles des plaques osseuses. Le centre était rempli de caillots sanguins.

Une hémorrhagie consécutive me mit dans la nécessité de lier la sous-clavière. Le malade succomba.

Un autre malade présentait une tumeur pulsatile de la partie supérieure du fémur. M. Velpeau, croyant à un anévrysme de l'os, fit la ligature de la crurale. Le malade parut guéri pendant dix-huit mois ; mais il y eut récidive, et on dut amputer. On crut alors qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, et on fut disposé à admettre que l'on avait guéri un cancer. Ce n'était qu'une tumeur myélo-plastique.

Il y a deux ans, j'ai vu à Marseille un malade présentant une tumeur pulsatile du tibia. Les chirurgiens, croyant avoir affaire à un anévrysme, se proposaient de faire une injection de perchlorure de fer ; mais prévenu par les faits précédents, je conseillai de pratiquer l'amputation. Elle fut faite ; l'observation a été soumise à la Société. Il s'agissait encore d'une tumeur myélo-plastique. Il faut donc mettre une grande réserve dans le diagnostic de ces tumeurs, trop souvent confondues avec des anévrysmes ou des cancers.

M. GOSSELIN. J'ai parfaitement le souvenir de la tumeur à laquelle M. Michon a fait allusion. Nous avons alors admis qu'il s'agissait bien d'un encéphaloïde ; mais en présence de l'heureuse issue de l'opération, je me demande aujourd'hui si nous avons établi un diagnostic bien exact. N'avions-nous pas eu plutôt affaire à une tumeur myéloïde?

Le sujet offre une grande importance, et il est à souhaiter que la Société s'en occupe. Il y a manifestement bien plus de chances de guérison après l'ablation de ce genre de tumeur qu'après l'ablation des fibro-plastiques et des cancers. Il faut donc s'efforcer d'éclaircir le diagnostic différentiel de ces variétés de tumeurs.

M. CHASSAIGNAC a dans ce moment dans son service un malade qu'il a amputé pour une tumeur myéloïde du fémur. M. Velpeau, qui avait vu ce malade, avait fait une ponction exploratrice ; il n'était sorti que du sang.

L'autopsie du membre a permis de reconnaître la nature de l'affection. M. Robin, qui l'a examinée, a déclaré que c'était une tumeur myéloïde. Dans ce cas, il n'existait pas de pulsations bien évidentes.

COMMUNICATIONS.

M. BAUCHET fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux pièces provenant de deux opérations que j'ai pratiquées à l'hôpital Saint-Louis. La première provient d'une amputation du bras ; la seconde d'une résection du coude. La première offre un exemple curieux et extraordinaire de fracture du bras, curieux par sa forme, extraordinaire par son mécanisme.

Le malade, qui est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle Saint-Augustin, montait à une corde en se soulevant par les mains, pour aller chercher un objet placé à quelques mètres de hauteur. A peine avait-il grimpé à la hauteur de 40 à 50 centimètres, que sa main gauche lâcha la corde. Son corps tourna alors de gauche à droite, en même temps qu'il faisait avec le membre supérieur droit de violents efforts pour se retenir. Le malade entendit aussitôt un craquement du côté de l'humérus droit, il ressentit une douleur aiguë, violente, fut obligé de lâcher prise, et glissa à terre, mais ne tomba point. A partir de ce moment, il lui fut impossible de se servir de son bras.

Ce jeune homme, âgé de vingt-cinq à vingt-huit ans, grand, pâle, un peu maigre, présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes d'une fracture de l'humérus avec plusieurs fragments, et un épanchement sanguin considérable. De plus, à la partie interne du bras, on voyait une éraflure, et même une petite eschare, large à peu près comme une pièce de cinq francs, et produites très-probablement par la corde.

Quelques jours après l'entrée du malade, il survint un érysipèle, qui, au niveau de l'épanchement sanguin, devint phlegmoneux. De là, suppuration abondante, fétide ; pus mêlé de caillots sanguins ; foyer de la fracture baignant au milieu du pus ; muscles profondément altérés par la suppuration, réduits en bouillie, en putrilage.

L'érysipèle continua, dans le reste du corps, sa marche par plaques successives. Le malade s'affaiblit, il y eût de la diarrhée, et malgré les pressantes sollicitations du patient et mon désir de le débarrasser de ce foyer dangereux, je dus attendre que les bouffées érysipélateuses fussent complétement arrêtées. MM. Denonvilliers et Richet m'aidèrent de leurs conseils, et adoptèrent le système de temporisation, jusqu'à cessation de la marche de l'érysipèle.

Enfin, une quinzaine de jours après le début de ces accidents, toute trace d'érysipèle ayant disparu, je me décidai à pratiquer l'amputation du bras. M. Richet voulut bien assister à cette opération. — Comme

le moignon de l'épaule était sain, que les chairs étaient intactes jusqu'au-dessous du niveau de l'insertion deltoïdienne, que l'articulation était saine, je préférai à la désarticulation de l'épaule l'amputation du bras un peu au-dessous de l'empreinte deltoïdienne.

L'amputation fut faite à lambeaux, et comme le malade était déjà épuisé, je cherchai à lui laisser perdre le moins de sang possible. Je conçus alors l'idée (que j'ai réalisée depuis) de scier l'os avant d'ouvrir l'artère, et même de lier cette artère, sans retarder en rien la marche et la rapidité d'exécution de l'opération. C'est une méthode très-simple, et sur laquelle je me propose d'appeler ultérieurement l'attention de la Société. Elle consiste à passer, après avoir taillé le premier lambeau, une sonde, dans le genre de la sonde à résection de Blandin, et à scier l'os sur cette sonde cannelée.— Mais je n'insiste pas davantage pour le moment sur cette opération, et je reviens à mon malade.

Pendant un ou deux jours le jeune homme sembla renaître : il mangeait plusieurs côtelettes par jour, buvait un peu de vin de Bordeaux et de vin ordinaire; mais le mieux fut de courte durée : la diarrhée reprit, la maigreur devint extrême, les chairs des lambeaux restaient flasques et livides, et le malade s'est éteint aujourd'hui, sans accident résultant de l'opération.

Voici maintenant la pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie.

L'humérus, à l'union de son tiers inférieur avec le tiers moyen, est brisé en quatre fragments : le fragment supérieur a deux ou trois travers de doigt au-dessous du trait de scie de l'amputation; le fragment inférieur a deux travers de doigt au-dessus de la surface articulaire, et deux fragments comprenant une portion seulement du diamètre de l'os, longs de 5 à 6 centimètres, et ne tenant plus au reste de l'os que par quelques portions de périoste et de tissu cellulaire et musculaire.

L'extrémité supérieure du fragment inférieur est oblique de haut en bas et de dehors en dedans; elle est située au niveau du point où existe la torsion normale de l'os, et suit assez exactement la direction spiroïde de cette torsion. De plus, le bord supérieur du fragment inférieur est dentelé.

A ce fragment est retenu, par quelques filaments de périoste, une esquille longue de 5 centimètres, comprenant une portion de la diaphyse, et pointue à ses deux extrémités. Cette esquille est rejetée en dedans et en arrière, complétement disjointe du fragment inférieur.

Le fragment supérieur présente aussi une solution de continuité, oblique, spiroïde, représentant un peu plus du tour de l'os, et paral-

lèle à la solution de continuité du fragment inférieur, dont elle est séparée environ par deux ou trois centimètres. Cette séparation est occupée par une autre esquille assez curieuse. Cette esquille représente environ les deux tiers du cylindre de l'humérus. Sa partie postérieure et interne laisse voir le canal médullaire, et la portion qui manque pour compléter ce canal est précisément l'esquille adhérente au fragment inférieur, et que je viens de décrire.

Le bord supérieur de cette grosse esquille est spiroïde, et se moule bien, quand on les rapproche, sur le bord inférieur du fragment supérieur. — Le bord inférieur est aussi spiroïdal, et offre une dentelure. Cette spire, cette dentelure, se moulent exactement sur le bord supérieur du fragment inférieur.

Le mécanisme de cette fracture, *produite par le poids du corps et les efforts, les contractions musculaires*, me paraît être le suivant :

L'humérus a été pour ainsi dire (qu'on me passe l'expression) *détordu*. Il s'est cassé au niveau de la torsion normale de l'os.

Le fragment supérieur a pénétré alors dans le canal médullaire du fragment inférieur, par la pointe, le V, de l'extrémité inférieure de l'esquille que je viens de décrire en dernier lieu.

Le fragment inférieur a éclaté alors, et il s'est formé la petite esquille. Cette petite esquille, tenant encore aujourd'hui au fragment inférieur par des filaments du périoste, a pénétré à son tour dans le canal du fragment supérieur par sa pointe, son V supérieur. Cette esquille a fait éclater le fragment supérieur, et il s'est produit la grosse esquille, bi-spiroïdale, tenant encore au fragment supérieur par quelques lambeaux du périoste.

On se rend bien compte sur cette pièce de ce mécanisme. Il suffit de mettre les fragments en contact et de faire exécuter à l'os un mouvement de torsion exagéré, pour voir de suite les diverses esquilles s'écarter et reprendre la position qu'elles occupaient au moment où la pièce a été examinée pour la première fois.

Ces différents temps de la fracture se sont succédé si rapidement, que les diverses lésions ont été simultanées et instantanées ; mais il faut, pour bien comprendre le mécanisme de leur production, les analyser, ainsi que je viens d'essayer de le faire devant vous.

On voit donc sur cette pièce un exemple curieux de fracture spiroïdale et cunéenne, sur laquelle, après Gerdy, j'ai appelé l'attention dans le compte rendu des travaux de la Société anatomique en 1855, et dont M. Gosselin a si bien étudié le mécanisme et les accidents qu'elles peuvent déterminer.

La deuxième pièce provient d'une opération (résection du coude) que j'ai pratiquée ce matin. Ce sont les extrémités des trois os qui concourent à former l'articulation du coude.

Je donnerai plus tard l'histoire complète de la maladie, lorsque je ferai connaître à la Société les résultats de l'opération. Pour le moment, je veux seulement appeler votre attention sur les pièces pathologiques.

L'extrémité inférieure de l'humérus est dépouillée de son cartilage dans la moitié de son étendue. Il reste seulement quelques parcelles de cartilage flottantes et libres d'adhérences. Dans l'autre moitié, le cartilage s'enlève très-facilement, et dans deux points on sent une cavité remplie d'une substance mollasse : ce sont des caillots sanguins. L'os s'écrase facilement et se laisse couper aisément avec un scalpel.

Cette altération est plus prononcée encore sur l'extrémité supérieure du cubitus. Il ne reste plus trace de cartilage, et la substance osseuse s'écrase sous le doigt sans la moindre résistance.

Du côté de l'extrémité supérieure de la cupule du radius, on trouve quelques petites ecchymoses sous le cartilage, une friabilité de l'os plus grande qu'à l'état sain, et en deux petits points une érosion du cartilage d'encroûtement.

La cavité articulaire était pleine d'un pus séreux, filant, et de fongosités adhérentes aux vestiges de la synoviale et aux os. En dehors même de l'articulation, on trouve des fongosités communiquant avec les fongosités articulaires, et qui donnaient sous le doigt une remarquable sensation de fausse fluctuation.

Les traits de scie ont porté, pour l'humérus, immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée ; pour le cubitus, au-dessous de l'apophyse coronoïde, au-dessous de l'insertion du brachial antérieur ; pour le radius, au-dessus de l'insertion du biceps.

Quant au procédé opératoire, le voici en deux mots : incision en T, extraction de l'extrémité supérieure du radius, après l'avoir sciée sur la sonde à résection de Blandin ; désarticulation et extraction de l'extrémité supérieure du cubitus ; extraction de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le nerf cubital a été respecté, ainsi que les insertions du brachial antérieur et du biceps brachial.

Je donnerai plus tard l'observation complète.

Le secrétaire annuel, E. Laborie.

Séance du 15 décembre 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce la mort de M. Bérard, membre honoraire. La nouvelle de cette perte douloureuse est venue trop tard pour que la Société ait pu être convoquée; mais le bureau assistait aux obsèques de M. Bérard; le discours suivant a été prononcé par M. Deguise :

« M. Bérard était membre de la Société de chirurgie, et quoique ses goûts et ses habitudes scientifiques le conduisissent rarement à nos séances, je ne m'en rends pas moins l'organe de la Société de chirurgie tout entière en apportant sur cette tombe le tribut de nos regrets.

» Vous êtes encore sous l'impression des voix éloquentes qui tour à tour, en vous montrant M. Bérard à la Faculté, à l'Académie ou au Conseil de l'instruction publique, vous ont rappelé les qualités brillantes de l'homme illustre que nous venons de perdre.

» Que pourrais-je ajouter, sans avoir la crainte de moins bien dire?

» Permettez-moi seulement de vous entretenir quelques instants, moi qui n'ai pas quitté M. Bérard, des phases de cette maladie longue et terrible qui nous plonge aujourd'hui dans le deuil en nous ravissant, aux uns un collègue éminent, aux autres un maître vénéré, à la plupart un ami.

» M. Bérard a succombé jour pour jour et presque heure pour heure, juste trois ans après avoir été frappé d'apoplexie.

» En effet, la première attaque eut lieu le 13 décembre 1855, au milieu de la santé la plus florissante; et vous avez encore présent à l'esprit combien fut grande l'émotion du monde médical lorsqu'il apprit cette triste nouvelle.

» Néanmoins, M. Bérard se rétablit, et si le corps se ressentit du choc, l'intelligence resta pure; témoin le beau discours de Strasbourg et les savantes communications à l'Académie sur la digestion et l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.

» Le professeur de physiologie s'était remis au travail avec une ardeur toute juvénile; il poursuivait à la fois et la continuation de son livre, et ses expériences à Alfort, et ses nombreux rapports au ministère de l'instruction publique.

» Cet excès de travail effrayait ses amis; mais il n'écoutait aucune observation. Plutôt la mort, disait-il, que de renoncer à l'étude!

» Nos craintes, hélas ! n'étaient que trop bien fondées ! La note que M. Bérard lut à l'Académie le 4 avril 1857 fut la dernière : ce fut le chant du cygne.

» Quelques accidents surviennent, et le 5 décembre 1857 une nouvelle hémorrhagie cérébrale se déclare, qui cette fois tuera et le corps et l'esprit.

» Depuis lors M. Bérard a traîné une existence misérable ; le côté droit est resté paralysé ; l'articulation des mots est devenue de plus en plus difficile ; la mémoire s'est progressivement affaissée.

» Enfin, le 11 de ce mois, une troisième hémorrhagie emporte M. Bérard en trente heures.

» Quelle fatalité que ces trois dates de décembre !

» Adieu, Monsieur Bérard, adieu ! »

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Pomiès (de Lyon) écrit au nom de la famille du professeur Bonnet, pour annoncer à la Société de chirurgie la mort de cet éminent chirurgien, membre correspondant à Lyon.

— A propos de la correspondance, M. Larrey fait la communication suivante :

Gangrène de la jambe. Amputation dans le lieu d'élection. — M. Larrey, pendant sa récente inspection en Algérie, a vu à Tlemcen une femme de race berbère amputée de la jambe pour un cas de gangrène, dans des circonstances qui offrent quelque intérêt. Il vient de recevoir de M. le docteur Claudel, aide-major de 1re classe, l'observation et la pièce anatomique qu'il présente à la Société, en résumant les faits de la manière suivante :

Une femme indigène, de bonne famille, âgée de vingt ans et d'une constitution saine, est entrée le 13 septembre dernier à l'hôpital de Tlemcen, pour une gangrène de la jambe droite, dont l'origine, datant de quarante jours, avait été attribuée à la morsure d'un animal venimeux durant le sommeil de cette femme. Elle fut réveillée subitement par une douleur vive au pied droit, qui en quelques heures devint le siége d'une inflammation intense, suivie d'un engourdissement de tout le membre et d'un état fébrile très-marqué. A ces premiers symptômes succédèrent rapidement ceux de la mortification, qui suivirent une marche progressive pendant dix jours, en s'étendant du pied à la partie moyenne de la jambe. Là fut limitée spontanément la gangrène. Les parties molles se détachèrent après vingt jours, et en tombant d'elles-

mêmes, avec le pied tout entier, elles laissèrent à nu les deux os de la jambe dans leur moitié inférieure.

Pendant ce temps et durant vingt jours encore, la malade ne fut soumise à aucun traitement. Le caïd de sa tribu la décida enfin à entrer à l'hôpital de Tlemcen, malgré les répugnances et les préjugés des musulmans à confier leurs femmes à nos soins. Celle-ci se trouvait alors dans un état d'épuisement extrême, et sa jambe, mutilée spontanément, présentait une dénudation des os dans l'étendue de 15 centimètres. Un travail de nécrose s'établit sur la limite de la gangrène, et les parties molles commencèrent à se cicatriser. Toute l'épaisseur du membre était saine au-dessous du genou, et malgré la rétraction permanente des muscles fléchisseurs de la jambe, l'indication était d'amputer dans le lieu d'élection.

L'opération, acceptée par la malade et par la famille, fut pratiquée le 16 septembre, trois jours après son entrée à l'hôpital, par M. Claudel, d'après la méthode circulaire, à l'aide de la chloroformisation, et presque sans écoulement de sang. La demi-réunion de la plaie dégorga le tissu cellulaire infiltré; la réaction fut légère, mais suivie, le lendemain, d'un violent accès de fièvre intermittente qui fut facilement enrayée par le sulfate de quinine. La suppuration suivit son cours; les forces revinrent par l'alimentation: les ligatures tombèrent le quatorzième jour, et la cicatrisation régulière, achevée le 6 octobre, montra un moignon bien garni, mais encore trop rétracté pour permettre aussitôt l'usage d'une jambe artificielle.

Quant aux deux os, ils offrent, ajoute M. Larrey, des caractères anatomiques analogues à ceux d'un autre cas de gangrène spontanée survenue également chez une femme dont nous avons communiqué l'observation à la Société.

LECTURE.

M. TRÉLAT lit une observation de luxation en avant du radius. La pièce anatomo-pathologique, trouvée à l'Ecole pratique, est présentée à la Société.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Gosselin et Desormeaux.

RAPPORT.

M. GUERSANT donne lecture d'un rapport sur le croup et la trachéotomie. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Bouvier, Guersant, Morel-Lavallée et Richard, la Société décide que le rapport ne sera discuté définitivement que lorsqu'il aura été imprimé.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Luxation du fémur dans le trou ovale, datant de sept mois. Réduction. — M. LEGOUEST. La Société de chirurgie voudra bien se rappeler peut-être que, à l'époque où elle s'occupait du traitement des maladies de la hanche, M. Bouvier, peu édifié sur l'innocuité du redressement forcé, interrogea l'expérience des chirurgiens qui avaient mis ce traitement en usage. M. Gosselin et moi répondîmes à son appel : pour ma part, j'informai la Société que je venais de soumettre aux manœuvres du redressement forcé et immédiat, sans qu'il en résultât d'accidents, un militaire atteint de luxation ovalaire du fémur, datant de sept mois, et survenue spontanément pendant le cours d'une fièvre typhoïde.

J'annonçai que je n'espérais pas être assez heureux pour réduire la luxation, mais que, ayant obtenu par mes premières tentatives (28 août), une conformation du membre plus régulière, j'avais tout lieu de croire que je pourrais, par des manœuvres nouvelles, ramener le membre dans une direction meilleure encore et compatible avec la station droite ou assise que le malade ne pouvait garder. Ces tentatives nouvelles de redressement forcé, je les ai faites le 18 septembre; leur résultat a dépassé mes espérances ; j'ai pu obtenir la réduction de la tête du fémur, au lieu du simple redressement du membre, et j'ai l'honneur de présenter mon malade à la Société.

Cet homme, qui, il y a quatre mois à peine, ne pouvait ni marcher ni s'asseoir, est aujourd'hui debout, et a pu monter deux étages aidé d'une canne, sans laquelle il ne peut encore cependant faire un pas.

Ses deux membres inférieurs sont parfaitement parallèles ; les deux épines iliaques sont sur le même plan horizontal ; le grand trochanter et le fémur gauches ont repris leur place. Au point de vue des rapports solidaires de la cuisse, du bassin et de la colonne vertébrale, on ne remarque qu'un peu de cambrure des reins et une très-légère flexion de la cuisse. Quant aux mouvements de l'article, ils ne lui sont pas encore restitués et ne sont qu'obscurément perçus ; enfin, quant au membre lui-même, il est resté amaigri.

La seconde et dernière fois que je soumis ce malade au redressement, je fus très-surpris, à un certain moment, d'entendre un bruit analogue à celui qui se produit souvent dans la réduction des luxations, et qui annonce que les surfaces articulaires reprennent leurs rapports normaux. Je ne pensais pas avoir obtenu ce résultat, et pour m'en convaincre je me donnai pour ainsi dire la satisfaction de reproduire et de réduire

plusieurs fois la luxation. Toute difformité ayant disparu, le malade fut replacé dans la gouttière de M. Bonnet (de Lyon), où il fut maintenu un peu plus de deux mois, en comprenant la période du 28 août au 18 septembre.

Les luxations symptomatiques du fémur dans le trou ovale étant particulièrement rares, et la réduction permanente des luxations symptomatiques du fémur en général peu commune, j'ai pensé que l'examen de ce malade pourrait offrir quelque intérêt à la Société de chirurgie. Je crois que sa position peut encore être améliorée ; des cautères ont été placés autour de l'articulation afin de hâter la résolution de l'induration des tissus péri-articulaires ; et je me propose de poursuivre par un traitement fonctionnel, c'est-à-dire par des mouvements communiqués à l'article au moyen d'un appareil particulier, le complément du succès déjà obtenu.

M. MOREL-LAVALLÉE. La communication de M. Legouest est des plus intéressantes. Toutefois, avant de dire qu'une luxation a été réduite dans ces conditions, il conviendrait d'établir péremptoirement qu'elle a existé. D'une part, en effet, je ne comprends pas bien qu'une semblable luxation ait eu lieu sans abcès ; de l'autre, le bruit particulier que M. Legouest attribue à la rentrée de la tête dans la cavité peut être produit, sans qu'il y ait luxation, par des mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction.

M. LEGOUEST. Les luxations symptomatiques du fémur, consécutives à des fièvres essentielles, ne sont pas rares *sans abcès ;* Boyer, Stanley et d'autres chirurgiens en ont rapporté des exemples : ce qui est rare surtout, c'est la luxation ovalaire. Quant à son existence dans le cas présent, elle a été constatée non-seulement par moi, mais par plusieurs de mes confrères du Val-de-Grâce ; elle était si manifeste qu'un élève n'aurait pu la méconnaître. Je suis du reste en mesure de répondre aux exigences parfaitement justes de M. Morel-Lavallée. Voici les notes prises par moi au lit du malade, le 28 août, avant la première opération de redressement ; en recherchant des faits analogues à celui que j'avais sous les yeux, j'ai été frappé, dans une observation donnée par M. Malgaigne, de l'identité singulière des termes dans lesquels nous avons fait l'un et l'autre notre description.

Le malade est couché à plat sur le dos, un peu incliné à gauche ; c'est la seule position qu'il puisse conserver. Lorsqu'on rétablit la direction normale du bassin sur la colonne vertébrale, la cuisse, dans une abduction excessive, forme un angle tout à fait droit avec l'axe du corps ; le membre est dans la rotation en dehors et repose sur le lit

par toute sa face externe ; la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse ; le talon répond au tiers de la hauteur du mollet opposé. La partie supérieure de la cuisse est élargie surtout en dedans ; le pli de l'aine est effacé, tandis qu'une dépression considérable existe au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. En explorant la partie interne et supérieure de la cuisse, on y sent une tumeur volumineuse empiétant sur le périnée, surtout en se rapprochant du pubis ; la pointe de l'ischion est parfaitement isolée et sentie, tandis que la tumeur, soulevant l'origine des adducteurs, est perçue confusément au milieu d'un empâtement qui s'étend dans tout le creux sous-inguinal. Le grand trochanter est passé tout à fait en arrière ; la fesse est aplatie, plus large que normalement ; le pli fessier a disparu totalement en dehors ; on en retrouve l'origine en dehors. La cuisse mesurée de l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus courte que l'autre de six centimètres ; elle est complétement immobile ; les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au bassin.

A ces signes décrits, je le répète, au lit du malade, il ne me paraît pas possible de ne pas admettre la luxation.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais savoir quelles lésions de l'articulation et quel mécanisme M. Legouest invoque, pour qualifier de symptomatique cette luxation, qui me paraît devoir être mise hors de doute.

M. LEGOUEST. Le malade a été atteint de fièvre typhoïde avec délire prolongé ; c'est en recouvrant le sentiment qu'il a constaté la déformation du membre que je viens de rapporter, en même temps qu'une tuméfaction considérable de la racine de la cuisse et un œdème de toute l'extrémité inférieure. Je crois donc qu'il a existé une arthrite aiguë avec épanchement, laquelle a, sinon amené subitement, au moins préparé la luxation, déterminée par le maintien de vive force du malade en délire dans son lit.

Je désire avoir donné des détails suffisants sur ce fait, qui me paraît digne d'attention par l'étiologie de l'affection, le lieu occupé par la tête du fémur, le rétablissement et le maintien des rapports normaux de celle-ci, enfin par le mode de traitement employé.

M. CLOQUET a vu un malade qui présentait une luxation analogue, — elle se réduisait facilement, mais se reproduisait de même. — Ce malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bandage qui maintenait la réduction. Ce bandage était très-solidement construit en cuir avec armure d'acier.

Fracture de la base du crâne. — Guérison. — M. BAUCHET présente un malade guéri d'une fracture de la base du crâne. Voici en

quelques traits l'histoire de ce malade, et les considérations qui ont fait admettre l'existence de cette fracture.

Ce jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, en faisant une partie de plaisir à cheval, fit une chute violente sur le front. On voit encore au niveau de la bosse frontale gauche une cicatrice oblique, longue d'environ 7 ou 8 centimètres. Ce jeune homme perdit connaissance à l'instant même, et cette perte de connaissance dura environ une heure, encore le malade ne revint-il pas complétement à lui. Au moment même de l'accident, il s'échappa par le conduit auditif externe gauche une notable quantité de sang. Ce fait me fut rapporté et confirmé par les parents, qui amenèrent le blessé dans nos salles. Un médecin appelé pratique une saignée; le lendemain, le malade étant encore tout étourdi, le médecin fit appliquer des sangsues derrière les oreilles. Le blessé fut apporté à l'hôpital Saint-Louis deux jours après son accident.

A son entrée à l'hôpital, il parlait et répondait aux questions qui lui étaient adressées; mais il avait une grande exaltation dans les idées : il parlait haut, riait à tout moment et sans motifs. Cette exaltation alla en augmentant, et quelques jours plus tard on fut obligé de l'attacher dans son lit. La peau était chaude, le pouls plein et vibrant, le délire très-fort. Je fis appliquer des sangsues derrière les oreilles plusieurs jours de suite, au nombre de 10 à 15 chaque fois; puis des ventouses à la nuque, des sinapismes, des vésicatoires aux mollets et aux cuisses; je prescrivis aussi plusieurs lavements purgatifs. Les accidents se calmèrent peu à peu, la fièvre tomba, l'intelligence revint. Le malade eut de l'appétit, et, un mois environ après son entrée à l'hôpital, je pus l'envoyer en convalescence à l'asile de Vincennes.

Dès son entrée à l'hôpital, j'observai une plaie assez étendue au front, une ecchymose des paupières et du globe oculaire, occupant surtout la partie inférieure du tissu sous-conjonctival. Sur le bord inférieur de l'orbite, on sentait et on sent encore aujourd'hui, à 1 centimètre environ en dehors de l'angle interne et inférieur de l'orbite, une saillie et une dépression résultant d'une fracture de ce bord inférieur.

Il s'écoula par l'oreille, les premiers jours, une notable quantité de sang, puis de la sérosité sanguinolente, puis un liquide aqueux en telle abondance que ces liquides salissaient chaque jour plusieurs alèzes. Cet écoulement a cessé complétement; mais il reste aujourd'hui au côté gauche *une surdité complète.*

Je n'ai pas hésité, et je n'hésite pas aujourd'hui à penser que ce malade a eu une fracture de l'orbite et du rocher. Nous ne pouvons

plus admettre, en effet, que ces fractures ne puissent pas se consolider. Théoriquement, rien ne vient justifier cette opinion, et M. Richet possède une pièce où l'on voit bien évidemment la trace d'une fracture de la base du crâne bien consolidée.

M. DEPAUL admet parfaitement, d'après la symptomatologie décrite, qu'il y a eu fracture de la base du crâne ; mais la preuve de cette fracture ne saurait être fournie par la fracture de l'orbite.

M. RICHET. Les symptômes éprouvés par le malade ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité de la fracture du crâne ; il n'est pas besoin, pour compléter la démonstration, de la fracture de l'orbite. Cette observation est donc très-intéressante, et peut être ajoutée à celles déjà connues. J'en ai, pour mon compte, présenté un cas remarquable. Je possède, de plus, une pièce qui prouve d'une façon positive la consolidation de ces fractures. Le rocher brisé est réuni par un cal linéaire, et les fragments sont soudés, avec un certain déplacement, suivant la longueur. Ce déplacement explique la surdité, car le trait de la fracture traverse le labyrinthe.

M. LABORIE a eu le malade de M. Bauchet à l'Asile impérial, et, par une coïncidence assez ordinaire, un autre malade est encore actuellement dans son service avec une fracture tout à fait analogue, déterminant les mêmes symptômes consécutivement, surdité et paralysie partielle du nerf facial. L'observation sera recueillie avec soin et communiquée dans une première séance.

M. CLOQUET. La possibilité de la guérison des fractures de la base du crâne n'est plus douteuse. Deux observations de ce genre se sont offertes dans ma pratique, toutes deux produites à la suite d'une chute de cheval ; elles ont été parfaitement guéries.

M. MOREL. La guérison de ces fractures est dès maintenant incontestable ; les faits cliniques le prouvent, et j'en ai vu des exemples. La démonstration anatomo-pathologique manquait, la pièce de M. Richet la fournit.

Fracture spiroïde du tibia.— M. FOUCHET communique, au nom de M. Mailliart, de Verzenay (Marne), une fracture spiroïde du tibia, et donne les détails suivants :

Le 19 avril, M..., âgé de vingt-six ans, manouvrier à Verzy, traversait l'embranchement du chemin de fer construit sur le versant de la montagne de Verzenay ; un de ses camarades, par plaisanterie, souleva le câble étendu le long du railway pour l'exploitation provisoire de la voie. M..., surpris, leva davantage le pied droit pour faire

un long pas ; le pied gauche resta accroché par la pointe au rail, et par le talon au câble ; le malheureux pirouetta sur lui-même et alla tomber quelques pas plus loin à droite, sur la partie déclive du terrain. Ses amis exercèrent quelques tractions sur la jambe, croyant qu'elle était seulement luxée, puis le portèrent chez M. le docteur Mailliart.

Ce médecin constata l'existence d'une fracture de la jambe portant sur l'extrémité inférieure des deux os. Il perçut une crépitation légère ; le membre était un peu tuméfié, la déformation n'avait rien de caractéristique, la mobilité peu marquée existait dans tous les sens. Le pied n'était pas dévié ; il n'y avait pas de déplacement appréciable. Un appareil dextriné fut appliqué sur la jambe. Les trois premiers jours, il ne survint aucun accident, et le malade n'éprouvait aucune douleur dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le quatrième jour, M. Mailliart ayant aperçu une phlyctène au niveau du tendon d'Achille, enleva l'appareil. Quelques jours plus tard, d'autres phlyctènes parurent en divers points de la jambe, et en même temps le malade avait de la fièvre, perdait l'appétit. Bientôt des lignes noirâtres se manifestèrent tout le long de la jambe, qui devint froide ; le gros orteil fut insensible, et il ne fut pas douteux que le pied et la jambe étaient frappés de gangrène. Cet accident s'aggrava de plus en plus, et le 7 mai, la jambe était réduite en une sorte de bouillie gangréneuse. L'amputation fut pratiquée au lieu d'élection par la méthode circulaire. Cette opération eut un résultat favorable, puisque M..., au bout d'un mois, put se servir d'une jambe artificielle et reprendre en partie ses occupations.

M. Mailliart ne donne aucun détail sur l'état des parties molles de la jambe enlevée, ni sur celui de l'articulation tibio-tarsienne. Mais l'examen de la lésion des os n'en offre pas moins un grand intérêt, en ce moment surtout, puisque la Société se préoccupe de la disposition de certaines fractures et de leur pronostic ; aussi M. Fouchet croit-il devoir la décrire avec détails.

Sur la pièce de M. Mailliart, le péroné est fracturé à sa partie inférieure, et cette fracture, située en avant, au niveau de la base de la malléole externe, se dirige d'abord transversalement en arrière, puis remonte tout à coup très-obliquement en haut et en arrière, de sorte que le fragment inférieur offre à sa partie postérieure une pointe longue de 5 à 6 centim. La fracture du tibia est plus curieuse ; elle appartient à cette variété indiquée par Gerdy sous le nom de fracture spiroïde, et aussi à celle que M. Gosselin a décrite sous le nom de fracture en V. La fracture commence en haut, à 14 centim. au-des-

sus de l'extrémité inférieure de l'os, c'est-à-dire vers la partie inférieure de son tiers moyen ; elle part du bord externe, descend très-obliquement sur ce bord, puis sur la face externe, qu'elle traverse ainsi que le bord antérieur, la face interne, pour venir se terminer sur la face postérieure, à 3 centimètres de l'extrémité articulaire. Le trait de cette fracture, alternativement concave et convexe, décrit donc un tour de spire complet, dont les deux extrémités sont reliées par une sous-fracture verticale qui parcourt la face postérieure de l'os, et dont l'extrémité inférieure se continue directement jusque sur la surface articulaire de l'os. En examinant cette face articulaire, on voit le trait de la fracture se continuer dans l'étendue de ses deux tiers postérieurs. Le bord postérieur de la face articulaire présente une toute petite esquille, et est comme écorné dans une assez grande étendue. Il résulte de cette disposition que chaque fragment, considéré isolément, offre une longue pointe en V, occupant la face postérieure et le bord externe de l'os pour le fragment inférieur, et la face externe et le bord postérieur pour le fragment supérieur. L'extrémité de la pointe du fragment supérieur arrive en bas, à 3 centim. de l'articulation ; celle du fragment inférieur, tournée en haut, occupe la face postérieure de l'os ; les bords, de longueur inégale à cause de la direction en spirale de la fracture, ne sont pas situés dans le même plan, ainsi que l'a indiqué M. Gosselin pour les fractures en V.

Si nous examinons cette pièce au point de vue des questions qui préoccupent la Société, nous verrons d'abord que dans ce cas le mécanisme de la fracture est assez facile à saisir et se rapporte à celui indiqué par M. Larrey. Ainsi le malade, ayant le pied gauche maintenu solidement, fait une pirouette de gauche à droite, et dans ce mouvement l'extrémité supérieure du tibia est tordue dans le même sens. En observant avec soin l'aspect de la fracture qui gagne l'articulation, et en remarquant que cette fracture, continuation évidente de la fracture spiroïde, tend à traverser l'os suivant un plan oblique d'arrière en avant et de gauche à droite ; que, de plus, les bords en sont légèrement écartés, et que le bord gauche paraît s'enfoncer sous le bord droit, je pense que, en même temps que la jambe était entraînée dans un mouvement de torsion de gauche à droite, elle subissait un mouvement d'extension violente sur le pied, mouvement dans lequel le bord postérieur de la surface articulaire est venu porter sur l'astragale, ce qui expliquerait l'esquille et l'écornement de ce bord. Enfin, le malade tombant à droite, la jambe s'est fléchie dans ce sens, et dans ce mouvement, la malléole interne, repoussée en dedans par la face interne

de l'astragale, tendait à se séparer de l'os suivant une ligne verticale, tandis que la malléole externe était arrachée par la traction des ligaments externes. En résumé, en examinant avec soin cette fracture et en tenant compte de toutes les particularités qu'elle présente, il me semble qu'elle s'explique par la combinaison d'un mouvement de torsion de gauche à droite, d'extension forcée de la jambe sur le pied et de flexion latérale interne; le mouvement de torsion restant, du reste, le fait capital dans ce mécanisme. D'un autre côté, il est de toute évidence que la pointe du fragment supérieur n'est point venue ici s'enfoncer dans le fragment inférieur et produire la fracture verticale qui pénètre dans l'articulation; cette fracture est de toute évidence ici la continuation de la fracture spiroïde, fait sigualé avec raison par M. Houel. En effet, la pointe du V est trop aiguë dans ce cas pour produire une telle action sur un tissu spongieux, qui n'offre d'ailleurs aucune trace de contusion, aucune dépression, aucun tassement.

Cas de mort après la cautérisation en flèches, pratiquée sur une tumeur cancéreuse du sein. Pénétration du caustique dans la poitrine. — M. BAUCHET présente une énorme tumeur du sein qu'il a voulu enlever avec des flèches de caustique au chlorure de zinc. Ce fait porte avec lui de précieux enseignements.

L'action de la pâte de Canquoin s'exerce aussi longtemps qu'il reste une parcelle de caustique, et il n'est pas possible de limiter son action, alors qu'elle a été introduite au sein de nos tissus.

La douleur qui résulte de son application est le plus ordinairement intolérable et dure pendant un temps fort long, quand on réfléchit à son intensité.

Voici, du reste, le fait.

Il y a un mois environ est entrée à l'hôpital Saint-Louis une femme âgée de trente-cinq à quarante ans, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et atteinte d'une tumeur au sein droit.

Cette tumeur occupait toute la mamelle droite, et avait au moins le volume des deux poings. Elle se prolongeait dans le creux axillaire. La peau était adhérente à la tumeur, surtout au niveau du mamelon, mais la tumeur mammaire et axillaire était mobile sur les parties profondes.

En explorant avec soin la région malade, on trouvait à la peau une rénitence inaccoutumée ; on aurait dit *un œdème dur* de la peau. Sur toute la surface malade on voyait sur la peau de petits points saillants, gros comme une tête d'épingle ou un petit pois. De plus, on sentait

dans la peau une foule de ces petites inégalités que l'œil ne pouvait pas encore découvrir. Ces petites saillies étaient dures, résistantes et très-nombreuses. Il y avait là pour nous un squirrhe en masse, avec un véritable semis de cancers dans la peau.

Je refusai l'opération et cherchai à engager la malade à se soumettre à un traitement externe. Je dis aux élèves que c'était un squirrhe de la pire espèce, que si je l'enlevais la cicatrice ne serait pas complète, que déjà la maladie repullulait.

La malade insista à plusieurs reprises pour être opérée. Elle n'était venue à Paris, disait-elle, que pour subir l'amputation du sein. Ses proches parents vinrent me voir à plusieurs reprises : je leur déclarai la maladie, l'état de la malade, et ils insistèrent pour que je me décidasse à faire l'opération.

MM. Denonvilliers et Richet, à qui je demandai conseil, me dirent que, dans ces circonstances, je ne devais pas résister aux pressantes sollicitations de la malade et de ses parents, et m'engagèrent, comme je me proposais de le faire, d'avoir recours à l'application de flèches caustiques. Je choisis les flèches faites avec la pâte de Canquoin.

L'opération eut lieu de la manière suivante :

La malade étant soumise à l'influence du chloroforme, je fis tirer le sein en bas et en dedans, et je commençai l'application des flèches par le creux axillaire. J'agis timidement dans cette région : j'enfonçai préalablement le bistouri de haut en bas, de dehors en dedans, parallèlement à la cage thoracique, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, puis je retirai le bistouri et le remplaçai par une flèche. Je continuai ainsi tout autour de la tumeur, et je la cernai complétement à l'aide de vingt-deux flèches. Les flèches étaient espacées de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Pendant vingt-quatre heures, la malade éprouva les douleurs les plus intolérables, surtout quatre à cinq heures après l'opération, et elle me disait le lendemain qu'elle aurait mieux aimé mourir si elle avait pu prévoir des douleurs aussi violentes.

L'état général, d'abord très-altéré par la souffrance, se remit un peu les jours suivants.

Au bout d'une semaine environ, diarrhée très-abondante, et qui résiste pendant quatre ou cinq jours à tous les moyens mis en usage : lavements laudanisés, au tannin, à la ratanhia, etc. La diarrhée ne cède que sous l'influence de lavements au sulfate de cuivre (0,25 par quart de lavement, deux par jour).

Une douzaine de jours après l'application des flèches, l'eschare com-

mença à se détacher vers le creux axillaire. On voyait déjà cinq jours après une plaie profonde et large, lorsqu'un matin, en examinant la tumeur, j'entendis un bruit caractéristique qui me fit reconnaître de suite que la plèvre était ouverte, et même que le poumon communiquait avec la plaie extérieure. Je fis bourrer la plaie de charpie; il n'y eut pas d'accidents généraux graves, mais la malade s'éteignit deux jours après le début de cet accident.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, et à laquelle a bien voulu assister M. Richet, nous a donné les résultats suivants :

La tumeur est livide, noirâtre, violacée; l'épiderme se détache avec facilité et par plaques. Les flèches avaient au plus 4 ou 5 millimètres d'épaisseur; l'eschare circulaire a en épaisseur 2 centimètres au moins. Elle est complète, c'est-à-dire que les tissus qui séparaient les diverses flèches ont été mortifiés, atteints par le caustique.

En dedans et en bas de la mamelle, on trouve le tissu cellulaire mortifié, dans une direction oblique de haut en bas, de dehors en dedans, allant de la mamelle vers la partie inférieure de l'appendice xyphoïde et vers la mamelle du côté opposé. Or les flèches ont toutes été appliquées en sens contraire. Dans la direction de la lésion, de l'eschare dont je viens de parler, le sternum est dénudé; la peau est rouge et tend à se mortifier.

Dans le creux axillaire, il reste, en dehors de la plaie d'élimination, deux petits morceaux de tissu cancéreux.

J'ai détaché la cage thoracique afin d'examiner la perforation de la plèvre par sa face profonde. Il n'y a point de pneumonie. La plèvre est adhérente tout autour de la perforation, à 3 ou 4 centimètres de cette perforation, et il y a en cet endroit un foyer rempli de pus. Le poumon est perforé et communique avec ce foyer.

J'ai cherché avec soin la direction des flèches, et j'ai pu suivre leur trajet bien exactement. Les flèches ont pénétré sous la tumeur, mais elles étaient loin d'arriver à se toucher par leurs extrémités; il existait entre leurs pointes au moins 2, 3 et jusqu'à 5 centimètres, et cependant tout le tissu sous-mammaire était converti en une eschare. Les flèches avaient à peu près 6 à 7 centimètres de longueur; les flèches appliquées dans l'aisselle n'avaient pas été enfoncées de plus de 2 ou 3 centimètres, et cependant on suivait, comme du côté du sternum, une traînée celluleuse mortifiée dans une étendue de 12 à 15 centimètres au moins, qui, partant du creux de l'aisselle, arrivait directement à la perforation. Il y avait, un peu au-devant de cette perforation, un ma-

melon cancéreux, gros comme une petite noix, qui semblait avoir échappé à l'action du caustique.

La perforation de la plèvre laissait passer le bout du doigt.

Rien dans la cavité abdominale, ni dans les autres cavités splanchniques, que j'avais du reste explorées avec soin avant de pratiquer l'opération.

Ainsi, le caustique a provoqué des douleurs intolérables pendant vingt-quatre heures ; il a agi non-seulement sur les tissus avec lesquels il s'était mis en contact, mais encore sur les tissus intermédiaires aux flèches ; une flèche de quelques millimètres a pu produire une eschare de quelques centimètres d'épaisseur ; le caustique a fusé au loin dans les tissus, non-seulement dans la direction des flèches, mais encore dans une direction opposée.

J'ai pensé que ces faits pouvaient intéresser la Société de chirurgie, et je me suis empressé de les lui communiquer.

J'aurai l'honneur de présenter, dans l'une des séances prochaines, le malade à la grangrène spontanée des doigts et de la main, dont j'ai déjà entretenu la Société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LABORIE présente un bistouri caché, fabriqué par M. Mathieu. Un dard semblable à celui d'un trocart, terminé par une pointe aplatie très-aiguë, renferme dans son épaisseur deux lames qui se dégagent suivant le mécanisme du lithotome double. Chacune de ces lames peut être ouverte séparément. Ce kystotome double a été employé avec avantage pour établir des sétons, pour ouvrir des abcès profonds. Il permet de donner une ouverture parfaitement parallèle et de même étendue aux parois de l'abcès et aux téguments externes.

Le secrétaire, A. LABORIE.

Séance du 22 décembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

A propos du procès-verbal, **M. MARJOLIN** rapporte les faits suivants :

Ce matin, dit-il, j'ai eu occasion de voir dans le service de mon collègue, M. Barthez, un enfant de quatre ans atteint de croup, et qui venait de rendre une fausse membrane de plus de 11 centimètres de

long. Chez un autre enfant qui avait succombé l'avant-veille, on m'a montré un tube de plus de 15 centimètres qui avait été extrait pendant l'opération. Ces faits répondent suffisamment à une observation qui avait été faite dans la dernière séance.

M. BOINET. Je me suis étonné, et je m'étonne encore qu'une fausse membrane d'une pareille longueur puisse sortir d'une seule pièce. J'admets bien qu'on en trouve à l'autopsie ; mais quand elles sont expectorées, elles sont ordinairement retirées par morceaux.

M. CHASSAIGNAC trouve extraordinaire que cette fausse membrane dont il a été question dans la dernière séance, ait été expectorée à la sixième semaine de la maladie. Il demande s'il n'y aurait pas là une erreur.

La question de M. Chassaignac étant restée sans réponse, M. Laborie dépouille la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Giraldès, qui demande un congé d'un mois pour cause de santé.

2° Une lettre de M. Ferrand, auteur du travail analysé par M. Guersant dans la précédente séance.

M. Ferrand dit que c'est par un *lapsus calami* qu'il a parlé d'une fausse membrane de 15 centimètres ; c'est 15 millimètres qu'il voulait dire. M. Ferrand demande à être porté sur la liste des membres correspondants.

3° Une lettre de M. le docteur Merchie, médecin principal à Gand, qui demande le titre de membre correspondant étranger. M. Merchie donne la liste de ses titres scientifiques.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

1° M. Cloquet fait hommage à la Société d'un exemplaire de son rapport fait à l'Académie des sciences sur un mémoire intitulé *Recherches sur le développement des dents et des mâchoires*, par M. le professeur Nathalis Guillot. Ouvrage accompagné de dessins faits d'après nature par l'auteur. (Commissaires, MM. Flourens, Coste, J. Cloquet, rapporteur.)

2° M. le docteur Pfeiffer adresse un mémoire imprimé, intitulé : *Etude anatomo-pathologique sur une tumeur du genre collonema.* (Remerciments.)

3° M. J. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier,

adresse, une brochure intitulée *Situation et tendances de la médecine moderne.* (Remercîments.)

4° La Société reçoit les journaux de la semaine.

— A propos de la correspondance, M. LARREY donne lecture de la lettre suivante qu'il a reçue de M. Clot-Bey, membre correspondant, sur deux cas de lésions traumatiques des os, et sur leur réparation par le périoste.

« Marseille, le 13 décembre 1858.

» Très-cher confrère et ami,

» Je lis dans le bulletin de la séance de l'Académie des sciences, inséré dans l'*Union médicale* du 11 décembre, que M. Velpeau dépose une note de M. Ollier, de Lyon, intitulée : *Physiologie et anatomie pathologique du périoste*, ayant pour objet de démontrer que l'os se forme aux dépens de cette membrane. Je lis également dans le bulletin que M. Flourens réclame la priorité de cette opinion, qu'il résume en ces termes : L'os est formé dans le périoste.

» Je partage depuis longtemps cette manière de voir, qui m'a été suggérée par un fait pathologique concluant, et que j'extrais de notes prises il y a près de vingt-huit ans. Le voici :

OBS. I. — *Nécrose de cinq pouces du corps du fémur renfermé dans un os de nouvelle formation. Extraction du séquestre par la trépanation. Guérison.*

» En septembre 1830, je reçus à l'hôpital d'Abou-Zabel le nommé Nicolas M..., que le docteur Pariset avait engagé à venir se faire traiter par moi lorsqu'il le vit à Beyrouth, dans son exploration des côtes de Syrie, avec la commission qu'il présidait.

» Le malade me raconta comment, après avoir joui jusqu'à l'âge de quatorze ans d'une santé parfaite, il fit une chute d'une hauteur de dix à douze pieds sur un sol pierreux, et se contusionna fortement la hanche et la cuisse gauches, qui restèrent quelque temps engourdies. Néanmoins, il put regagner à pied son domicile, à une distance de vingt minutes environ du lieu de l'accident. Une douleur très-vive se déclara alors ; il survint du gonflement, de l'inflammation, et le malade dut garder le lit. Un médecin du pays borna son traitement à l'emploi de quelques moyens sans effet. Cependant un abcès se forma, s'ouvrit spontanément, et donna issue à une grande quantité de pus dont l'évacuation amena du soulagement. Ce premier abcès fut suivi de plusieurs autres à différents intervalles, formant autant de points fistuleux.

Quatre ans s'écoulèrent. L'état de souffrance de ce jeune homme le jeta dans le marasme. Il était réduit à ne recevoir d'autres secours que ceux des empiriques, et à de rares intervalles, les conseils de quelques médecins voyageurs ou des officiers de santé du service de la marine militaire venus au mouillage de Beyrouth.

Enfin, en 1830, il arriva en Égypte, d'après le conseil du docteur Pariset, et fut admis à l'hôpital d'Abou-Zabel. Lorsque je le reçus, le 26 septembre, il était dans l'état suivant : Maigreur extrême, diarrhée, pouls fréquent avec exacerbation fébrile le soir ; il ne pouvait se soutenir qu'au moyen de béquilles ; la jambe gauche était à demi fléchie, son extension étant devenue impossible, et tout le membre était atrophié. Sur la cuisse, couverte de cicatrices, on observait encore trois points fistuleux résultant des abcès. L'un occupait le tiers supérieur interne ; le second était situé à la partie interne, mais plus bas ; le troisième à la partie externe inférieure, vis-à-vis le précédent.

» En sondant ces différentes ouvertures, je reconnus qu'elles pénétraient dans l'intérieur de l'os ; je fus surtout frappé du volume du fémur, et je découvris un corps mobile paraissant ne pouvoir être autre chose qu'un séquestre enfermé dans un os de nouvelle formation. Je pus m'en assurer d'une manière plus exacte en introduisant le doigt par la deuxième fistule, assez large pour cet effet. Je constatai ainsi l'existence d'un corps mobile volumineux, et je pus même distinguer le peu d'épaisseur des parois du nouvel os de ce côté.

» L'état du malade me parut si grave que je crus ne rien devoir entreprendre sans lui avoir rendu un peu de forces par un régime analeptique et par le repos.

» Enfin, je l'examinai de nouveau le 23 octobre, et je me décidai à l'extraction du séquestre. La partie externe et inférieure de la cuisse, où se trouvait déjà une ouverture assez large, m'était naturellement indiquée pour procéder à l'opération. Je pratiquai donc une incision de cinq pouces partant de ce point et suivant de bas en haut l'intervalle qui sépare le faisceau externe du biceps du bord du muscle crural. Je mis ainsi à découvert la partie correspondante du nouvel os; j'en isolai les parties molles en les détachant sans trop les disséquer, et, dans la crainte de trop affaiblir le patient par la douleur et l'hémorrhagie, je bornai-là l'opération, me réservant de la terminer quelques jours plus tard ; je plaçai des tampons de charpie entre les lèvres de la plaie afin de tenir les chairs écartées:

» Cinq jours après, j'enlevai l'appareil. L'os se trouvait parfaitement à nu, et il me fut facile d'appliquer deux couronnes de trépan à

peu de distance l'une de l'autre. Au moyen de la gouge et du maillet, je détachai les portions d'os comprises entre l'ouverture et les couronnes. J'obtins ainsi une brèche de 4 pouces et demi de long sur un pouce de large. Néanmoins elle n'était pas suffisante pour donner passage au séquestre. Je ne crus pas pouvoir l'agrandir dans la crainte d'affaiblir la coque du nouvel os et de l'exposer à une fracture, accident très-grave, eu égard au peu d'épaisseur de ses parois. C'eût été rendre la réunion impossible, en provoquant une fausse articulation. Je me décidai à rompre le séquestre à l'aide d'un fort davier, et dès lors je pus l'amener en fragments. Je couvris la plaie de charpie molle, sur laquelle j'appliquai des compresses circulaires, le tout maintenu par des tours de bande.

» Le malade éprouva peu de douleur et perdit très-peu de sang. Il fut assez calme pendant le reste de la journée, et il n'y eut pas de réaction fébrile.

» Le lendemain, je pus lui permettre des soupes légères. Il resta dans cet état pendant les jours suivants jusqu'au 3 novembre, où je changeai le pansement, et ensuite jusqu'au 5, où je le renouvelai. Mais en enlevant l'appareil, je trouvai des débris d'os mêlés au pus. En portant le doigt dans la cavité de l'os, je découvris une lamelle longue d'un pouce et demi, et dont je fis l'extraction. Ce fragment d'os complétait la portion extraite du fémur. Dès lors la suppuration, abondante et séreuse jusque-là, devint louable, diminua, et la plaie marcha rapidement vers la guérison.

» L'état général du malade s'améliorait. Je pus lui permettre une nourriture plus substantielle. Les parois du nouvel os s'affaissaient insensiblement et amenaient le rétrécissement de la brèche. En moins de deux mois, la plaie fut complétement cicatrisée, et ne laissa d'autres traces qu'un sillon très-profond le long de la cuisse.

» Pendant le traitement, j'avais par degré ramené la jambe à sa rectitude naturelle. Le malade dut marcher quelque temps encore avec des béquilles, qu'il abandonna bientôt pour ne se servir que d'une canne.

» Le 4 mars, il retourna à Beyrouth complétement guéri.

» Ce jeune homme, d'une constitution chétive, acquit ensuite une santé parfaite. Lorsque je le revis trois ans plus tard, je le trouvai grand, robuste, et se servant de son membre comme s'il n'en avait jamais souffert.

» Il est aujourd'hui à la tête d'une des maisons de commerce les plus importantes de Beyrouth.

» Le séquestre, dont je pus réunir les fragments, forme un cylindre creux de cinq pouces de longueur, représentant exactement le volume du corps du fémur. La surface externe est rugueuse, d'une teinte foncée striée de noir; les extrémités amincies et irrégulièrement découpées.

» La chirurgie ne compte pas un grand nombre de cas de ce genre, car la nécrose invaginée avait atteint toute l'épaisseur du corps du fémur, et déterminé l'ossification du périoste. Cependant ces efforts auraient été impuissants à expulser le séquestre, et le malade aurait probablement succombé si l'art ne fût venu seconder les efforts de la nature.

» Mes réflexions sur ce fait me portèrent dès lors à penser que le périoste avait concouru à la formation d'un nouvel os, ce que je tiens à constater comme confirmation de l'opinion émise par MM. Flourens et Ollier. »

Obs. II. — *Balle pénétrant dans le canal médullaire du tibia par la partie supérieure. — Séjour de quatre mois. — Extraction du projectile par la trépanation de la partie supérieure de l'os. — Guérison.*

« En 1836, dans la révolte de Jérusalem, un colonel de l'armée égyptienne, Moustapha-Bey Cavalali, âgé de 36 à 38 ans, fut atteint d'une balle au-dessous du genou, à la face de la jambe, en poursuivant les insurgés réunis sur une hauteur. Malgré cette blessure, il put rester encore quelque temps à cheval; mais bientôt la douleur devint si vive, qu'il fut forcé de se faire transporter chez lui.

» Le chirurgien-major du régiment constata tout d'abord la présence de la balle dans l'épaisseur de l'os où elle était restée. Mais ses recherches pour la retrouver ensuite ayant été infructueuses, il se borna à un traitement simple.

» La jambe ne tarda pas à se tuméfier; une vive inflammation se déclara; plusieurs abcès se formèrent. Ces accidents aigus furent traités par les antiphlogistiques locaux et généraux, et après un mois et demi il ne restait plus qu'une ouverture fistuleuse sur le point où la balle avait frappé. Un pus sanieux en sortait, surtout lorsque la partie inférieure du membre était relevée. Le malade éprouvait des douleurs sourdes dans toute la longueur du tibia; sa jambe s'étant atrophiée insensiblement et fléchie sur la cuisse, il ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles.

» Je le vis pour la première fois quatre mois après l'accident, et il

me donna les détails qui précèdent. Je le trouvai fort amaigri et souffrant beaucoup. Le tibia s'était tuméfié dans toute sa longueur. A son tiers inférieur et deux pouces environ au-dessus de la malléole interne, s'était formé un petit abcès dont il ne restait plus alors qu'un point fistuleux d'où sortait une abondante sérosité. Il en résulta du soulagement. Cela s'explique, car auparavant cette sérosité trouvait seulement une issue par la fistule supérieure et par une sorte de rengorgement.

» En sondant ces ouvertures, je pénétrai dans le canal médullaire. Cette exploration ne me laissa donc plus aucun doute sur l'existence du corps étranger dans le canal osseux, et mon diagnostic fut confirmé par ce que m'apprit le malade : il avait vu des fragments de papier sortir avec le pus. C'était évidemment l'enveloppe de la balle qui avait été chassée devant elle en morceaux.

» Voici comment les choses avaient dû se passer : Le projectile ayant été lancé d'une petite distance, il avait eu assez de force pour traverser la paroi antérieure de l'os, mais pas assez pour le percer de part en part ; il avait heurté la face interne de la paroi postérieure, et, par son impulsion de haut en bas, il avait dû glisser le long du canal et cheminer plus tard par son propre poids jusqu'au cul-de-sac de la cavité médullaire.

» Le diagnostic ainsi établi, je n'hésitai pas à proposer l'application d'une couronne de trépan à la face interne et inférieure du tibia, sur le point même où existait la fistule ; car, dans le cas où la balle aurait été située plus haut, je l'aurais fait descendre au moyen d'une tige de plomb, en l'introduisant par la fistule supérieure. Après avoir disséqué la peau, j'appliquai le trépan ; le hasard voulut que la balle se trouvât sous l'instrument ; je fus agréablement surpris d'amener des débris de plomb, et je procédai immédiatement, sans difficulté, à l'extraction du projectile.

» Aucun accident ne vint compliquer l'opération. Les douleurs ne tardèrent pas à cesser, et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, si bien que, cinquante-huit jours après, Moustapha-Bey traversait le Caire à cheval pour venir me remercier, et s'en retournait à pied.

» En parcourant les annales de la chirurgie militaire, qui présente tant de faits singuliers sur la déviation des balles, je n'ai pas trouvé d'exemple de pénétration semblable d'un projectile dans le canal médullaire d'un os long des membres supérieurs ou inférieurs, et sous ce rapport ce fait présente une particularité peut-être unique en son genre. Il n'est pas non plus sans intérêt, je pense, au point de vue du

diagnostic et du procédé opératoire. C'est ce qui m'engage à le soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie. »

M. Larrey ajoute, de la part de l'auteur, que cette seconde observation vient à l'appui de la première pour démontrer la formation de l'os par le périoste. En effet, la balle, qui avait séjourné pendant cinq mois dans le canal médullaire, en avait détruit les parois, les vaisseaux, les nerfs et la moelle elle-même, tous les éléments enfin de nutrition du tibia. Dès lors la vie n'a pu être conservée à cette portion de l'os que par le périoste.

— M. DEGUISE dépose la relation de l'autopsie de M. le professeur Bérard.

— M. VELPEAU. Les observations que M. Larrey vient de lire au nom de M. Clot-Bey pourraient donner l'idée d'une réclamation de priorité dirigée contre les travaux que M. Ollier a communiqués à l'Académie des sciences, et qu'il ne faut pas confondre avec ce qui avait cours dans la science depuis les expériences de Duhamel. Ce qu'il y a de particulier et vraiment original dans la communication de M. Ollier, c'est que le périoste, détaché de l'os qu'il recouvrait, sécrète encore de la matière osseuse. Jusqu'ici, on savait le rôle que cette membrane joue dans la vie des os, mais on ignorait que, transplantée loin du point où elle avait pris naissance, elle peut vivre et sécréter encore.

M. VERNEUIL. Le travail de M. Ollier comprend une partie physiologique dont M. Velpeau vient de parler, et une autre qui a une grande importance au point de vue de la pratique chirurgicale. Les restaurations que nous sommes appelés à pratiquer pourront, en effet, profiter de cette faculté que le périoste conserve de sécréter la matière osseuse quand il est transplanté.

M. LARREY fait observer à M. Velpeau que M. Clot-Bey n'a pas eu la prétention de revendiquer pour lui-même la priorité de la théorie de la régénération des os par le périoste. Cette théorie ancienne, soutenue en principe par Duhamel et par d'autres, reproduite il y a quelques années par M. Flourens dans une série d'expériences, et démontrée récemment avec plus d'extension encore par les curieuses recherches de M. Ollier, cette théorie a été simplement pour M. Clot-Bey l'occasion de faire connaître à la Société deux faits qui paraissent dignes d'intérêt.

M. CLOQUET rapporte une observation qui remonte à 1824, et qui vient à l'appui de l'opinion de Duhamel sur les fonctions du périoste.

COMMUNICATION.

M. LEGENDRE démontre sur des pièces sèchés l'existence de quelques variétés rares de la hernie crurale. Une commission, composée de MM. Voillemier, Gosselin et Richet, est chargée de faire un rapport sur cette communication.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET présente un malade qui, ayant eu les paupières de l'œil gauche cautérisées, il y a quinze mois, pour une affection charbonneuse, se présenta il y a trois mois à l'hôpital pour réclamer un adoucissement à son état. A cette époque, la paupière supérieure n'existait plus, l'inférieure était abaissée ; le globe oculaire, saillant hors de l'orbite, laissait voir des fongosités développées sur la cornée, qui donnaient lieu à une vive douleur.

L'amputation de l'œil ayant été pratiquée de manière à rendre possible l'adaptation d'un œil artificiel, dès que la cicatrisation fut complète, M. Richet commença par détacher de la partie inférieure du sourcil une bandelette cutanée, dans laquelle il eut soin de conserver ce qui paraissait rester des anciens cils de la paupière collée contre le sourcil, et plusieurs rangs de poils pris sur le bord inférieur du sourcil lui-même, de manière à compléter les cils de la future paupière ; puis, lorsque cette bandelette fut disséquée et abaissée suffisamment, il la réunit par la suture avec le bord de la paupière inférieure préalablement avivé. Il combla alors l'intervalle qui existait entre les bords palpébraux réunis et le sourcil, à l'aide d'un lambeau allongé demi-circulaire pris sur le front parallèlement au sourcil. Ce lambeau fut maintenu par sept points de suture.

Cette opération a été pratiquée il y a trois mois, et les paupières sont restées unies ; M. Richet se propose de les désunir au printemps pour appliquer un œil artificiel.

M. VERNEUIL croit qu'il n'est pas nécessaire d'attendre pour désunir les paupières, parce que, la blépharoplastie ayant été faite avec un lambeau de peau saine, il n'y a pas lieu de craindre la rétraction des tissus, que l'on observe lorsque les lambeaux sont formés de tissu cicatriciel. M. Verneuil demande des explications sur ce qu'il a fallu faire pour la paupière inférieure.

M. RICHET répond que cette paupière n'a été relevée que par la suture. Il se décidera peut-être à suivre le conseil de M. Verneuil,

malgré les craintes exprimées par un membre de la Société, qui croyait reconnaître un commencement de rétraction près de la commissure interne, où les paupières n'ont pas été réunies.

— La séance est levée à cinq heures et demie,

Le secrétaire annuel, ALPH. GUÉRIN.

Séance du 29 décembre 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. CLOQUET rappelle que M. Richet a conservé des poils du sourcil pour faire des cils dans le cas de blépharoplastie qu'il a présenté dans la dernière séance. Cette précaution lui semble un luxe plus dangereux qu'utile lorsque la cornée existe encore. On ne peut pas dire à l'avance quelle sera la direction des poils conservés, et l'on doit craindre de donner ainsi lieu à un trichiasis. Il est vrai que le malade de M. Richet n'est pas exposé à ce danger, puisqu'il a subi l'excision de la moitié antérieure du globe oculaire.

M. RICHET. Les cils que j'ai faits à mon malade, loin de se diriger vers le fond de l'orbite, se relèvent vers le front d'une manière peut-être exagérée. Le danger signalé par M. Cloquet n'est donc point à craindre.

M. CLOQUET. Pourriez-vous assurer qu'il en serait toujours ainsi ?

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Un volume intitulé : *Méthodes nouvelles de traitement des maladies articulaires*, exposition et démonstration faites à Paris, en 1858, par le professeur A. Bonnet.

2° Deux exemplaires du *Compte rendu des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement, pendant les années* 1854, 1855, 1856 *et* 1857, par M. le docteur Perrin, secrétaire-archiviste.

3° Un discours imprimé prononcé à l'Académie de médecine, par M. Bouvier, sur la trachéotomie dans le croup.

4° Le programme des prix proposés pour les années 1859, 1860 et 1861, par l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

5° Les journaux de la semaine.

— M. VERNEUIL, à propos de la correspondance, dépose sur le bureau trois pièces relatives aux communications faites par M. Thomson :

1° Un mémoire imprimé sur la prostate chez les adultes ;

2° Une analyse en français de deux ouvrages adressés à la Société ; le premier intitulé : *Du rétrécissement de l'urèthre et des fistules au périnée, pathologie et traitement ;*

3° Le second intitulé : *De l'engorgement de la prostate, sa pathologie et son traitement.*

LECTURE.

M. le docteur Bergeon (de Moulins) donne lecture de deux observations, qui sont renvoyées à une commission composée de MM. Voillemier, Richet et Chassaignac.

— M. ANSELMIER lit une notice sur les rétrécissements du vagin que l'on observe après la cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge. (Commissaires : MM. Richard, Demarquay et Huguier.)

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL communique une observation d'uranoplastie pour une large fistule congénitale de la voûte palatine.

M. LARREY attache d'autant plus d'intérêt à la communication de M. Verneuil, qu'il vient de faire lui-même quelques recherches sur les perforations de la voûte palatine et sur l'uranoplastie. Il a rendu compte à la Société médicale d'émulation d'un mémoire sur ce sujet, par M. Baizeau, qui avait déjà présenté à la Société de chirurgie (1) l'un des exemples rares de guérison par l'autoplastie d'une assez large division du palais. Les cas avérés de succès définitif paraissent en effet assez exceptionnels, pour que l'auteur du mémoire n'en ait signalé que trois, dus à Krimer, à Blandin et à M. Botrel. En admettant même que l'on en compte davantage, notamment dans la pratique des chirurgiens étrangers, M. Larrey n'en est pas moins porté à croire que la plupart dus tentatives d'opérations autoplastiques de la voûte palatine ont échoué jusqu'ici, comme elles échoueront sans doute encore. Et la cause lui paraît dépendre bien moins des difficultés opératoires que des conditions pathologiques, et surtout de l'insuffisance des lambeaux, de leur rétraction consécutive, et de la destruction des cicatrices les plus régulières ou les plus avancées. Le fait si bien exposé par M. Verneuil est la preuve évidente des insuccès les moins prévus. C'est pour cela

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 2 juin 1858.

aussi que les cas rares de guérison devraient être constatés ou publiés non tout de suite, mais longtemps après l'opération.

Que conclure, ajoute M. Larrey, de l'incertitude ou de l'impuissance de l'art dans la cure radicale des difformités de ce genre ? C'est la nécessité de recourir, en général, à l'emploi des moyens palliatifs. Or, malgré leurs inconvénients, les obturations remédient sans danger, sans accidents sérieux, aux conséquences pénibles des perforations congénitales ou accidentelles de la voûte palatine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET. La pièce que je présente à la Société provient d'une jeune femme de vingt-deux ans, à laquelle j'ai pratiqué l'amputation sus-malléolaire de la jambe dans les circonstances suivantes :

A l'âge de huit ans elle présenta, sans cause appréciable, une fissure au talon, qui s'accrut en profondeur et en largeur au point d'atteindre en quelques mois le squelette.

Le calcanéum fut dénudé et une partie éliminée. Plusieurs années après la même affection se présenta au gros orteil, puis successivement envahit tous les autres doigts du pied, et détermina la perte des phalanges. Au moment où la malade se présenta à l'hôpital Saint-Louis, il ne restait plus de son pied qu'une masse informe, arrondie, située sous le tibia et le péroné, recouverte d'une cicatrice dans presque toute son étendue, mais offrant dans quelques points des portions osseuses nécrosées, perforant les parties molles.

On peut voir sur la pièce que je présente que ce qui reste du calcanéum fait saillie à travers les parties molles et tend déjà à se détacher. Tous les métatarsiens ont été successivement éliminés, et il ne reste plus que le premier. Rien dans l'examen des parties molles ne peut faire soupçonner la cause de cette singulière maladie, qui débute par une fissure des parties molles, pénètre jusqu'aux os qu'elle nécrose, puis s'arrête sans qu'on puisse dire pourquoi elle a commencé, pourquoi elle finit.

C'est là une affection qui a beaucoup d'analogie avec le mal perforant, mais qui offre une marche beaucoup plus lente, puisqu'il s'est écoulé quatorze ans depuis le début de l'affection jusqu'au jour où j'ai pratiqué l'amputation.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu l'occasion de voir des destructions du pied analogues à celle qui vient de nous être présentée. Un malade de mon service a été affecté d'une ulcération progressive de la peau du pied, qui s'est accompagnée de la dénudation des os dans une grande

étendue. Je ne sais à quelle maladie rapporter ce fait. Chez un autre malade, qui venait de la Martinique ou de la Guadeloupe, et qui avait consulté M. Cazenave, j'ai observé à peu près la même chose. Les phalanges du pied tombaient comme sphacélées.

Ce sont là des faits qui ont une grande analogie avec celui de M. Richet.

M. CLOQUET croit qu'il existe une grande ressemblance entre les destructions progressives du pied et l'éléphantiasis que l'on observe dans les pays où il y a des nègres.

M. RICHET. J'ai examiné avec beaucoup de soin le malade qui fait le sujet de ma communication. Sa maladie ne ressemblait point à l'éléphantiasis, mais elle a la plus grande ressemblance avec le mal perforant. Ayant examiné au microscope, avec M. Follin, plusieurs points de la pièce, je n'y ai trouvé que de l'hypertrophie des papilles du derme : c'est donc une hypertrophie qui s'est accompagnée d'une ulcération de la peau, ulcération qui a précédé la destruction des os.

M. CHASSAIGNAC n'a pas voulu établir une identité parfaite entre les faits qu'il a observés et celui de M. Richet. La différence la plus évidente consiste en ce que, chez les malades de l'hôpital Lariboisière, la maladie commença par les os, et la peau ne s'ulcéra que consécutivement.

M. ALPH. GUÉRIN. Le diagnostic des maladies dont la Société s'occupe en ce moment a une grande importance. On cite deux faits qu'il est difficile de classer; il y en a peut-être qui, comme on l'a dit, ont une assez grande analogie avec l'éléphantiasis des Grecs; mais, pour faire ce rapprochement et assigner aux faits dont il est question une place bien déterminée dans le cadre nosologique, il importe de ne négliger aucun symptôme. Or, pour l'éléphantiasis, il en existe un qui a la plus grande importance, c'est l'insensibilité. Avant que les doigts s'ulcèrent et tombent comme sphacélés, ils ont une telle insensibilité qu'on peut les brûler à la lampe sans que le malade éprouve la moindre douleur. Il faut encore noter la décoloration de la peau, qui est d'un blanc mat dans certains points du corps, tandis que les parties où siégent les tubercules ont le plus ordinairement la couleur bronzée.

M. RICHET dit que chez le malade dont il vient de parler il n'a point observé d'insensibilité.

M. FOLLIN. L'insensibilité était un symptôme de la lèpre qui avait une signification telle, que les personnes étrangères à la médecine le donnaient autrefois comme le signe auquel on peut reconnaître un lépreux.

J'en ai trouvé la preuve en feuilletant le règlement d'une léproserie de la ville de Troyes qui m'est tombé par hasard entre les mains.

M. LARREY ne pense pas que le fait curieux de destruction partielle et spontanée du pied soit comparable à certains effets locaux de la lèpre, dont l'origine et le développement sont tout autres. Il rappelle à cette occasion que le terme *éléphantiasis des Grecs* implique une idée fausse de la maladie à laquelle on fait allusion, et que la dénomination d'éléphantiasis doit être essentiellement réservée à l'éléphantiasis des Arabes. C'est ce qu'a très-bien démontré M. Clot-Bey dans un travail dont M. Larrey a longuement rendu compte à la Société (1).

S'il fallait chercher une analogie avec l'affection singulière que M. Richet vient de présenter, on la trouverait plutôt en effet dans le mal perforant du pied, ou mieux encore dans certaines formes de congélation, détruisant de proche en proche les parties molles et les parties dures jusqu'à une limite variable de gangrène et d'élimination spontanée suivie de cicatrisation.

Quant à l'amputation de la jambe pratiquée dans le cas dont il s'agit, et désignée par M. Richet comme une amputation sus-malléolaire, M. Larrey fait observer que c'est plutôt une amputation intra-malléolaire, comme on peut le reconnaître sur la pièce anatomique. Il rappelle à cet égard une distinction sur laquelle il a insisté dans l'une des discussions relatives aux amputations de la jambe, afin de ne point attribuer aux amputations sus-malléolaires proprement dites des avantages qui peuvent appartenir aux amputations faites dans l'épaisseur des malléoles.

M. DEPAUL demande que la pièce qui a été présentée par M. Bauchet à la fin d'une des précédentes séances soit examinée avec soin. La pièce, dit-il, en vaut la peine; il s'agit d'une des questions les plus intéressantes et les plus graves de la chirurgie. Il faut que l'on sache quel est le danger de la cautérisation en flèches.

M. MOREL pense qu'il conviendrait d'attendre la présence d'un membre de la Société qui plus que tout autre doit tenir à défendre ce mode opératoire.

M. LE PRÉSIDENT. La Société ayant décidé qu'il n'y a pas lieu à donner suite à la discussion sur la cautérisation en flèches, nous devons éviter tout ce qui serait de nature à ranimer le débat.

M. DEPAUL. La question est purement scientifique; la présence du membre dont on parle n'est point indispensable, toute question de per-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, 1857.

sonne devant être mise de côté. Je demande donc que M. Bauchet veuille bien présenter de nouveau sa pièce, et nous donner les explications qu'il jugera convenable de développer devant la Société.

M. RICHARD. Pourquoi attendrait-on M. Maisonneuve (c'est de lui que l'on veut parler sans doute) ? la cautérisation en flèches ne lui appartient pas. J'ai vu, comme M. Follin, M. Girouard employer ce procédé opératoire à l'hôpital Saint-Louis il y a au moins cinq ans. Rien ne s'oppose donc à ce que la Société s'occupe de la question en l'absence de M. Maisonneuve.

M. BAUCHET présente la pièce, et donne de nouveau les renseignements qui sont consignés dans l'observation que nous avons précédemment publiée.

M. FORGET demande à quelle distance du thorax les flèches ont été enfoncées. M. Bauchet a dit que l'une de ces flèches n'était qu'à 2 centimètres des côtes. N'est-ce pas une limite trop restreinte? Il importe beaucoup que le caustique reste assez éloigné des côtes pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre de le voir pénétrer jusqu'aux organes qui sont contenus dans la cavité thoracique.

M. BAUCHET répond que lorsqu'une tumeur est appliquée sur le thorax, il faut renoncer à l'enlever par la cautérisation en flèches, ou bien se résigner à introduire le caustique entre la tumeur et les parties sous-jacentes. Ce serait condamner le procédé opératoire, que de soutenir qu'il n'est pas applicable quand les flèches doivent arriver à 2 centimètres de la cage thoracique.

M. RICHET. M. Bauchet, ne pouvant pas, aux termes du règlement que l'on a invoqués, prendre part à la discussion soulevée par sa présentation, je demande à donner quelques renseignements. J'ai vérifié à l'autopsie, à laquelle j'ai assisté, que toutes les pointes des flèches étaient à plus de 2 centimètres de la cage thoracique. Cela prouve qu'on ne peut pas être sûr du degré de pénétration du caustique, et on ne peut jamais répondre que la pâte de Vienne, ainsi employée, ne pénétrera pas dans la poitrine. Cette application de la pâte de Vienne n'est pas nouvelle, et j'ai su que, dans le service de M. Piorry, ce caustique est arrivé jusqu'à la plèvre dans un cas où un externe avait été chargé d'appliquer un cautère au-dessous de la clavicule. C'est donc décidément un moyen dangereux, et contre lequel il est bon de se tenir en garde.

M. FORGET. Il est une précaution sur laquelle j'ai insisté dans l'*Union médicale*, et qu'il ne faut pas négliger. Le bistouri, qui trace la voie aux flèches, peut être enfoncé trop profondément; il fait alors

un cul-de-sac dans lequel le caustique peut fuser et aller au delà des limites que l'on désire lui assigner. Il importe donc de proportionner l'incision à l'étendue de la flèche.

M. RICHET est de l'avis de M. Forget ; mais dans le cas actuel, on a trouvé un trajet gangréneux, qui se dirigeait en sens inverse de celui vers lequel les flèches avaient été introduites.

M. LENOIR, à l'appui de ce qui a été dit sur la difficulté de limiter l'action des caustiques, cite deux faits, dont l'un appartient à la pratique de Marjolin ; l'autre a souvent été cité par Chomel, qui l'avait observé. Dans le premier cas, le caustique pénétra dans une articulation ; dans le second, un cautère ayant été appliqué à l'épigastre, le caustique arriva jusqu'à la paroi de l'estomac.

M. CHASSAIGNAC. La profondeur à laquelle les caustiques pénètrent ne dépend pas seulement de la quantité qui en est employée, mais elle varie suivant les individus, sans que l'on puisse fixer à l'avance les conditions qui favorisent cette pénétration. J'ai vu chez une malade le caustique s'arrêter en dehors de la cavité thoracique et pourtant déterminer une pleurésie ; ce qui prouve que les caustiques, appliqués sur la poitrine, sont encore dangereux, lorsqu'ils ne pénètrent pas jusqu'à la plèvre.

M. LEGOUEST. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie l'appareil laryngo-trachéal d'un malade mort dans mon service, malade qui, à la suite d'une opération de laryngotomie, a conservé en place, pendant un an environ, la canule que le chirurgien avait mise dans le larynx.

Il y a quinze mois, cet homme était tombé sur une fourche en fer, dont une des dents lui traversa le larynx de part en part et de droite à gauche. Pendant la cicatrisation des plaies, survinrent des accidents qui, gênant de plus en plus la respiration, nécessitèrent une opération : je ne sais pourquoi on pratiqua la laryngotomie plutôt que la trachéotomie, toujours est-il qu'une canule double fut introduite dans le larynx à travers la membrane crico-thyroïdienne, il y a à peu près un an, et laissée en place jusqu'à la mort du malade.

J'ai plusieurs fois essayé, pendant le séjour du malade dans mes salles, de retirer cette canule, afin d'arriver progressivement à l'en débarrasser tout à fait; mais j'ai toujours été obligé de la réintroduire après trois ou quatre heures, lorsque j'avais fermé la fistule, en raison de la difficulté croissante de respirer.

Lorsque, en levant la canule, je n'ai pas fermé la fistule, j'ai vu mon

malade respirer librement pendant une demi-journée ; néanmoins, soit par crainte, soit par gêne réelle de la respiration, cet homme n'a jamais passé une nuit sans mettre sa canule en place. Je renonçai bientôt à toute tentative de la supprimer, en raison de l'état désespéré de mon malade, atteint de phthisie, avec cavernes dans le poumon droit.

En examinant les pièces anatomo-pathologiques, on remarque :

1° L'ouverture fistuleuse donnant passage à la canule ; la peau se continue avec la membrane muqueuse par une transition analogue à celle qui a lieu à l'ouverture des narines ; l'ouverture est nette, formée d'un tissu résistant, sans fongosités.

2° Cette ouverture siége sur la membrane crico-thyroïdienne, qui a conservé ses caractères.

3° Le cartilage thyroïde forme un angle plus aigu qu'à l'état normal ; ses deux portions quadrilatérales sont mobiles l'une sur l'autre, et réunies le long de la saillie verticale de sa face antérieure par un tissu fibreux ; l'échancrure moyenne de son bord inférieur est beaucoup plus grande que normalement, et s'est accrue surtout aux dépens de la portion quadrilatérale droite.

4° Le cartilage cricoïde, dans son arc de cercle antérieur, a beaucoup augmenté de volume ; la face externe en est rugueuse, comme encroûtée de cartilage de nouvelle formation, et présente du côté gauche un petit tubercule cartilagineux très-proéminent.

5° Le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde sont immobiles l'un sur l'autre.

Examiné par sa face postérieure, le larynx présente un effacement presque complet de son ouverture supérieure ; les extrémités supérieures des cartilages arythénoïdes s'entre-croisent, celle de droite en avant de celle de gauche ; de telle sorte que les replis arythéno-épiglottiques descendent de la base de l'épiglotte au sommet des cartilages arythénoïdes, en se rapprochant l'un de l'autre au point de se superposer ; ils forment ainsi un double voile membraneux qui limite en arrière l'ouverture supérieure du larynx. Au lieu d'être irrégulièrement triangulaire, à base antérieure, cette ouverture représente une fente transversale. Toutes les parties sont un peu atrophiées, et tapissées par une muqueuse d'un blanc mat.

En écartant le sommet des arythénoïdes, on constate que la glotte supérieure, le ventricule du larynx et la glotte inférieure, ne forment plus qu'un canal uniformément lisse, à peu près triangulaire, *à base antérieure*, du diamètre d'une plume de corbeau, mais cependant

assez dilatable pour laisser passer une sonde de femme. Ce canal communique directement avec la fistule et avec la trachée.

Ouvrant la trachée par sa face postérieure, on trouve la membrane muqueuse d'un rouge lie-de-vin, pointillée, très-épaissie à mesure qu'on se rapproche du larynx; elle présente, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, à gauche de la fistule, deux petites ulcérations à fond grisâtre.

En fendant par son milieu la partie postérieure du cartilage cricoïde, on a sous les yeux l'ouverture interne de la fistule; son contour est parfaitement net; inférieurement, il est exactement tangent au bord supérieur de l'anneau antérieur du cricoïde; en haut, il s'est interposé à la double origine des cordes vocales, dans l'angle rentrant du thyroïde. La muqueuse qui tapisse le cartilage cricoïde est considérablement épaissie, comme boursouflée, et réduit d'un tiers environ le calibre normal de l'origine de la trachée; elle est très-rouge, pointillée, et contraste, par sa couleur lie-de-vin, avec la membrane décolorée qui se continue supérieurement dans le larynx même.

Le malade atteint de cette affection pouvait parler en mettant le doigt sur sa canule; sa voix était faible, très-rauque, comme étranglée; il exagérait beaucoup l'action des lèvres, des dents et de la langue dans la modulation des sons. Lorsqu'il ne bouchait pas sa canule, il faisait encore entendre quelques mots à voix basse, en chassant l'air de la cavité buccale comme par expuition. Deux ou trois fois par jour, et surtout le matin, il enlevait sa canule pour rendre par sa fistule, à la suite de quintes de toux prolongées, une très-grande quantité de mucosités sanieuses et purulentes d'une odeur infecte.

M. RICHET rappelle qu'il a présenté un malade chez lequel il y avait eu rétraction des deux bouts de la trachée. Pour remédier à cette lésion, il fallut appliquer une canule sans laquelle le malade avait des suffocations qui mettaient sa vie en danger. M. Richet a depuis quelques jours dans son service une femme qui est dans un état absolument semblable à celui du malade précédent; il y a eu section de la trachée et rétraction des deux bouts de ce conduit. Les suffocations tiennent évidemment dans ces cas à la constriction du bout inférieur de la trachée; elles existent encore chez les malades qui portent depuis longtemps une canule.

M. HOUEL. C'est précisément parce que les malades ont porté la canule longtemps qu'il n'est pas prudent de l'enlever. M. J. Roux vous a présenté le larynx d'un homme qui avait une fistule, et sa cavité était notablement rétrécie. M. Reynaud (de Toulon) a déposé dans le Musée

le larynx d'un forçat qui s'était coupé la trachée-artère, et le larynx était rétréci. On ne pourrait dans des cas semblables retirer la canule qu'à la condition de remédier au rétrécissement par une opération.

M. CHASSAIGNAC. Chez quelques malades l'obstacle à la respiration est lié à la destruction des cartilages. Un malade de mon service, qui a une fistule laryngienne, éprouve des suffocations qui dépendent de l'affaissement des parois du larynx dont le cartilage thyroïde a complétement disparu sur la ligne médiane. Peu à peu, il s'est produit un rétrécissement que j'ai combattu vainement par l'introduction de corps dilatants; j'ai dû recourir à une incision de la partie rétrécie.

M. RICHET. Nous ne parlons pas tous de la même chose. Les deux malades dont j'ai parlé ont des suffocations qui dépendent de ce que le bout inférieur de la trachée se rétrécit sous l'influence des contractions des fibres musculaires qui s'insèrent aux extrémités de ses cerceaux. Une opération autoplastique ne modifierait en rien les accidents qui sont dus à cette cause.

M. HOUEL admet l'explication donnée par M. Richet pour les cas de section transversale du conduit aérien. Mais il persiste dans son opinion pour les faits qu'il a rappelés.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 5 *janvier* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC présente à la Société un jeune homme de vingt ans, qui a été placé dans son service pour une atrésie commençante du larynx. Ce jeune homme, atteint de laryngite sous-muqueuse pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut trachéotomisé. Depuis cette époque, qui remonte déjà à dix-huit mois, le malade a été dans la nécessité de garder sans cesse la canule, chaque tentative pour s'en passer amenant des accidents de suffocation immédiate.

M. Chassaignac, ayant eu l'intention d'établir une canule semblable à celle que M. Richet a montrée sur un de ses malades, et qui présente un tube ascendant ou laryngien et un tube descendant, dut recourir à une dilatation préalable du larynx rétréci. Il y procéda par

l'emploi de tubes élastiques en caoutchouc vulcanisé. Ces tubes étaient mis en place au moyen de la canule d'un trocart courbe, qui, pénétrant par la fistule, était poussée de bas en haut à l'intérieur de la bouche, et permettait de passer les tubes élastiques, qui pendaient en manière d'anses au dehors de la bouche.

En pratiquant l'introduction de ces tubes, on s'aperçut que la partie antérieure du cartilage thyroïde présentait une perte de substance assez considérable, et que la peau, cessant d'être soutenue dans ce point, se trouvait refoulée du côté de la cavité laryngienne pendant les efforts d'inspiration, qui n'étaient jamais plus énergiques qu'au moment où on essayait d'enlever la canule. Il y avait donc un double obstacle au passage de l'air à travers le larynx, puisque, d'une part, il y avait diminution du diamètre de cette cavité, et que, de l'autre, une valve cutanée mobile s'abaissait sur elle quand le malade était privé de sa canule.

Le rétrécissement du larynx fut combattu par la dilatation au moyen des tubes élastiques, et la valvule cutanée fut fendue sur la ligne médiane dans toute sa hauteur.

Le traitement par la dilatation a duré près de trois mois.

Il s'agit maintenant de savoir si le malade pourra supporter l'absence de la canule. Avant de tenter de nouvelles expériences dans ce but, il a dû présenter le malade pour faire constater l'état dans lequel il se trouve.

La canule peut être enlevée pendant quelques instants sans qu'il y ait menace immédiate de suffocation, comme cela avait lieu auparavant. De plus, la formation des sons s'effectue avec assez de netteté et de force pour que le malade puisse appeler très-distinctement la sœur ou l'infirmier d'un bout de la salle à l'autre.

M. CLOQUET. Il semble que le malade qui vient de nous être présenté a bien supporté les canules qui ont été employées dans le but de dilater le larynx. C'est une espèce de tubage que l'on a pratiqué de bas en haut, et qui n'a produit aucun des accidents signalés dans la discussion de l'Académie, bien que les canules aient été appliquées pendant deux mois.

M. HUGUIER. Il y a une grande différence entre le tubage vanté contre le croup et ce qui a été fait dans le cas dont nous nous occupons. Ici ce sont des sondes de gomme élastique, de la grosseur d'une plume, qui ont été employées.

A cause de leur volume, elles ne restent pas toujours en contact avec les mêmes points du larynx; il n'en est pas de même lorsqu'un

gros tube remplit la glotte, et alors on comprend facilement les accidents qui ont été observés.

M. VERNEUIL ne veut pas recommencer devant la Société une discussion qui vient d'occuper si longtemps l'Académie de médecine. Mais il ne voudrait pas cependant qu'on confondît dans la même proscription le tubage et le cathétérisme des voies aériennes. On trouve, en effet, des documents très-précieux sur cette question dans le tome II des Œuvres chirurgicales de Desault. Le problème est même posé avec toute la netteté possible.

M. Verneuil s'engage d'ailleurs à communiquer dans la séance suivante l'observation d'un étudiant en médecine qui, atteint il y a quelques mois d'une angine intense avec menace de suffocation, fut instantanément soulagé par l'introduction d'une sonde, qui fut maintenue en place pendant trente-six heures environ.

Ce fait prouve que les chirurgiens ne doivent pas renoncer à introduire et à maintenir certains instruments creux dans les voies aériennes.

M. BOUVIER. Je compléterai la citation de M. Verneuil. Bichat, rédigeant les idées de Desault, fait une distinction entre les cas où l'obstacle à la respiration est hors du larynx et ceux où il résulte de l'inflammation de la muqueuse laryngée. Desault ne conseillait et ne pratiquait l'introduction des sondes que dans les cas de la première espèce. Bichat a d'ailleurs parfaitement démontré que le larynx s'habitue assez facilement au contact de la canule, comme il arrive quand des corps étrangers, accidentellement introduits dans les voies aériennes, y séjournent sans produire les accidents qu'ils avaient d'abord déterminés.

M. VERNEUIL soumet de nouveau à la Société quelques recherches qu'il a faites sur l'uranoplastie.

M. LARREY fait observer que les intéressantes citations de M. Verneuil sur les succès de l'uranoplastie appartiennent, en partie, à des faits assez complexes et différents de ceux auxquels M. Larrey lui-même avait fait allusion, d'après son rapport récent à la Société médicale d'émulation.

Voici, en effet, comment il précise les conditions de l'autoplastie, dans les cas dont il s'est occupé, au sujet du mémoire de M. Baizeau : La perforation de la voûte palatine, soit congénitale, soit accidentelle, doit exister seule et sans complication de bec-de-lièvre ou de gueule-de-loup; cette perforation sera assez large pour n'offrir aucune chance

d'oblitération spontanée ou de guérison radicale par d'autres moyens que l'uranoplastie; la cicatrisation doit être confirmée longtemps après l'opération, et les succès, publiés souvent à la hâte, ont besoin d'être reconnus authentiques, et bien distincts les uns des autres, pour ne point représenter un double ou triple emploi dont M. Velpeau signalait les inconvénients dans une autre circonstance.

Or, dans de telles conditions, ajoute M. Larrey, il est probable que le nombre des résultats heureux de l'uranoplastie serait fort restreint, en comprenant même tous les cas bien avérés de la pratique étrangère.

M. VERNEUIL promet un travail complet sur l'uranoplastie. Il désirerait que les membres de la Société voulussent bien communiquer leurs succès et leurs insuccès. Dès à présent, on peut dire qu'il est à peu près aussi difficile de remédier aux petites ouvertures qu'aux grandes.

M. LARREY dit qu'il n'a pratiqué qu'une uranoplastie, et l'opération a complétement échoué après une apparence de succès.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans huit jours la Société se formera en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucher lit une observation de fracture de la mâchoire inférieure. (Commissaires : MM. Boinet, Verneuil et Morel.)

— A propos de la dernière communication de M. Legouest, M. Gillebert d'Hercourt, adresse à la Société une lettre dont voici l'analyse :

M. Legouest se propose, dit M. Gillebert d'Hercourt, de poursuivre par un traitement fonctionnel, c'est-à-dire par des mouvements communiqués à l'article au moyen d'un *appareil particulier*, le complément du succès déjà obtenu.

Mais cet appareil ne maintient pas assez fortement le bassin; il a donc abandonné l'usage des appareils mécaniques pour opérer la flexion de la cuisse sur le bassin; il a cherché ses moyens d'action dans *la puissance musculaire*.

En gymnastique, on use fréquemment d'un exercice désigné sous le nom de *piaffer*, et dans lequel les cuisses sont successivement fléchies sur le bassin, *immobilisé* par les différentes actions musculaires qui alors s'exercent sur lui. C'est à un exercice de ce genre qu'il soumet ses malades, aussitôt que la marche peut leur être permise sans danger.

Pour ce faire, il se sert de ces petits chariots à béquilles, connus

en orthopédie, et au centre desquels on enferme les malades, dont le bassin est saisi par une ceinture fixée par quatre courroies aux montants du chariot, de manière qu'il ne puisse osciller dans aucun sens. Les béquilles supportent par les épaules une grande partie du poids du corps.

Le trajet que les malades doivent parcourir est couvert de *planchettes* disposées transversalement, dont on augmente graduellement la hauteur, et assez rapprochées pour qu'à chacun de ses mouvements l'un et l'autre membre rencontrent un obstacle. De cette manière, le malade ne peut avancer qu'à la condition d'élever chacun de ses pieds au-dessus des planchettes, et comme le bassin ne peut être porté ni en avant ni en arrière, cette élévation ne peut avoir lieu que par la flexion du membre.

Pour rendre les conditions de succès encore plus certaines, il prescrit aux malades de tenir le corps droit et la tête haute, de porter les regards au loin devant eux, et la pointe du pied toujours en avant. Enfin il fait presser le mouvement de marche par une cadence plus ou moins vive.

COMMUNICATION.

M. GOSSELIN communique deux observations : l'une, de M. Lagout (d'Aigueperse), est un exemple de tumeur pulsative de l'extrémité supérieure du tibia, que la compression n'a pas modifiée, et qui a été guérie par la ligature. L'autre observation a été envoyée à M. Denonvilliers par M. Laloy (de Belleville), qui croit avoir rencontré un cas bien positif de luxation du poignet en arrière. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, la réduction avec bruit et les autres détails donnés par M. Laloy ont fait supposer à MM. Gosselin et Denonvilliers que c'est bien là un cas de luxation du poignet sans fracture.

Anévrysme du tibia gauche. — M. LAGOUT, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme), communique sur ce sujet l'observation suivante :

Je fus appelé au mois de janvier 1855 pour donner mes soins à M. Mancel, de Lavernate, habitant Glénut, petit village situé à deux kilomètres d'Aigueperse.

M. Mancel me raconte que depuis deux mois environ il est retenu au lit par une maladie du genou gauche, contre laquelle son médecin ordinaire a employé en vain toutes les pommades et tous les liniments possibles, appliqué des vésicatoires, etc.

En examinant le genou avec soin, je trouve la tubérosité interne du tibia tuméfiée ; la peau qui la recouvre est rouge, luisante, tendue. En

appliquant fortement les doigts sur cette tumeur, on perçoit des pulsations énergiques, expansives, qui caractérisent l'anévrysme.

En maintenant ma main gauche sur la tumeur, je comprimai l'artère crurale de ma main droite. Immédiatement les battements cessèrent dans la tumeur, en même temps qu'elle diminua de volume ; la peau reprit sa couleur normale. Le sommet de la tumeur, tout à l'heure si rénitent, devint souple ; l'extrémité du doigt put facilement pénétrer dans une cavité oblongue de quatre centimètres de longueur sur deux ou trois de large, et limitée, surtout du côté de la crête du tibia, par une lamelle osseuse de tissu compacte qui restait fixe et suspendue, alors que le reste de la tumeur s'affaissait.

Aussitôt que je lâchais la compression de l'artère fémorale, la tumeur se remplissait de nouveau, mais pas immédiatement comme si la tumeur eût été alimentée par une grosse artère, mais progressivement, et l'on pouvait compter jusqu'à trois et quatre pulsations avant que la tumeur ait repris son degré de turgescence normale.

De plus, les battements n'étaient même pas isochrones à ceux de l'artère poplitée du membre malade, et la différence était très-notable.

Je diagnostiquai donc un anévrysme du tibia.

Mes souvenirs se reportèrent à l'époque où j'étais à l'Hôtel-Dieu, sur un mémoire que m'avait donné le professeur Roux en 1845. Je trouvai dans la seconde observation de Roux un guide précieux pour la conduite que j'avais à suivre.

Le malade attribue la cause de son affection à une circonstance assez bizarre. Un jour qu'il avait fait à pied une assez longue course (plus de 40 kilomètres), avec des bottes justes et par un temps humide, il eut, le soir, à l'hôtel, la plus grande difficulté à quitter ses bottes ; malgré les efforts les plus violents, il ne put réussir qu'en se faisant aider par un autre voyageur. Il éprouva à la jambe gauche une douleur dont il s'est toujours ressenti, et qui dans quelques mois l'a mis dans la position où il se trouve aujourd'hui.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, ni son médecin ni lui n'avaient fait attention aux battements de la tumeur ; il m'a raconté que deux ou trois fois il avait été réveillé subitement dans la nuit par une douleur atroce au genou. Habituellement la douleur était très-supportable, mais il ne pouvait aller que de son lit à son fauteuil.

Il était si facile de comprimer l'artère fémorale, et, lorsque l'artère était comprimée, la tumeur s'affaissait si complétement, que l'on pouvait espérer une guérison par une compression prolongée. M. Fleury

(de Clermont) m'envoya le compresseur de Dupuytren. Cet instrument arrêta bien le cours du sang dans l'artère, mais son usage détermina quelques engorgements ganglionnaires douloureux qui en firent rejeter l'emploi. C'est alors que j'eus recours à l'appareil de M. Broca.

Mais, quelque temps que j'aie mis à gêner, diminuer ou enrayer complétement le cours du sang dans l'artère, jamais je n'ai obtenu la moindre modification dans le volume de la tumeur, dans ses battements, dans son développement progressif.

J'en attribuais la cause aux parois de la tumeur, qui, offrant une résistance osseuse, ne se prêtaient pas à l'organisation d'un caillot obturateur. J'ai voulu essayer conjointement de la compression de la tumeur. Cette compression était intolérable ; de plus, je craignais la perforation de la peau par ces petites lamelles osseuses dont on sentait les bords très-aigus.

La tumeur progressait toujours, j'avais demandé inutilement à la compression tout ce qu'elle pouvait donner. Le malade, de son côté, avait épuisé tous les rebouteurs, les sorciers et les devins ; restait la ligature, qui fut proposée par moi, et en consultation avec MM. Fleury (de Clermont), Aguilhon (de Riom), Panchaud, Suynes et Mancel. Le malade me répondit à cette consultation qu'il attendait que *la Parque vînt trancher le fil de ses jours* (textuel), et qu'il ne voulait pas se faire opérer.

Un mois après, il m'écrit de revenir et qu'il consent à se faire opérer. Il se décide à se faire transporter dans un appartement de l'hôpital d'Aigueperse, et le 26 novembre il est opéré par la ligature de l'artère fémorale.

L'opération, faite par M. Fleury (de Clermont), a été des plus simples ; immédiatement après la ligature, les battements cessent dans la tumeur. Une heure après la ligature, hémorrhagie importante provenant de petites artérioles, dont la circulation est forcée depuis la ligature du tronc principal. M. Aguilhon et moi nous faisons trois nouvelles petites ligatures ; l'hémorrhagie diminue beaucoup, il suinte encore un peu de sang artériel par l'angle supérieur de la plaie, que l'on comprime au moyen de bourdonnets de charpie ; la température du membre se maintient ; douleurs insupportables au pied et au mollet. Le soir, le malade souffre moins.

Le 27 novembre, réaction fébrile très-modérée ; sommeil de quelques heures dans la matinée ; engourdissement du pied et de la jambe. La température est toujours très-bonne ; il n'a qu'une boule d'eau chaude à la plante du pied ; tout le reste du membre est recouvert

par une petite couverture de laine tricotée et très-légère. Le genou n'est douloureux qu'au toucher : il nous donne 38 centimètres de circonférence (il en avait 43 avant l'opération); il y a donc une diminution de 5 centimètres. Point de pulsations artérielles dans aucune partie de la tumeur.

Cette tumeur présente actuellement une singulière conformation. De la crête du tibia partent deux lamelles de tissu compacte de chaque côté en forme de croix. A côté de ces lames, qui paraissent suspendues, on sent le reste de la tumeur molle s'affaissant sous le doigt. L'œdème du pied et de la malléole est toujours le même et n'a pas augmenté. Bonne température du membre.

Le 28 novembre et jours suivants, les suites de l'opération ont été très-régulières. La ligature n'est tombée que fort tard, le trentième jour.

Le malade est retourné à son village au commencement du printemps 1856. Je l'ai toujours revu de temps à autre; il n'y a pas huit jours que je l'ai encore vu. Les pulsations n'ont pas reparu dans la tumeur. La jambe est à demi fléchie et le genou ankylosé. Point de douleurs. Le malade se porte fort bien maintenant; il ne peut pas quitter la chambre. La pression sur le genou est toujours douloureuse; les lamelles osseuses sont toujours saillantes et s'opposent à ce qu'il puisse porter une béquille.

Conclusions.— L'évolution anévrysmale a été complétement enrayée par l'opération de la ligature. Il est certain que si l'opération eût été faite avant que les désordres du tibia eussent été aussi considérables, les fonctions du membre eussent été rétablies.

Quant à l'anatomie pathologique, je la trouve dans Boyer, tirée de Scarpa : *Cas singulier d'anévrysme situé sur la crête du tibia, près du genou.*

Un sac formé aux dépens d'une portion du tibia entièrement détruite; parois de ce sac comparées à la face utérine du placenta. (C'est la sensation la plus exacte que l'on éprouve au toucher de cette tumeur.)

M. Mancel est opéré depuis le 26 novembre 1855. S'il survient quelque récidive, j'en entretiendrai la Société de chirurgie.

Luxation du carpe en arrière sur l'avant-bras. — M. LE Dr LALOY (de Belleville).

La luxation du carpe sur l'avant-bras est un des points de chirurgie qui ont été le plus controversés. Admise par Boyer, cette luxation a

été rejetée absolument par Dupuytren, qui la regardait comme impossible en tant que luxation simple non compliquée de fracture; opinion adoptée depuis par M. Velpeau. La fréquence des fractures de l'extrémité inférieure du radius dans les chutes sur la main a dû amener la conviction, à mesure qu'on les a mieux étudiées, que les prétendues luxations du poignet, admises par les chirurgiens du siècle passé, n'étaient autres que des fractures de l'extrémité carpienne des os de l'avant-bras.

Elevé à l'école d'un maître, M. Flaubert père, qui professait sur ce point les mêmes doctrines que Dupuytren et que M. Velpeau, n'en ayant rencontré aucun cas en vingt-cinq ans, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique, j'étais tout disposé à regarder cette luxation comme impossible. Aussi n'est-ce pas sans étonnement et me tenant en garde, par un minutieux examen, contre toute cause d'erreur, que j'ai eu à constater et à réduire une luxation *complète* et *simple* du carpe sur l'avant-bras, dont je vais rapporter les détails.

Le 18 juillet, vers les cinq heures de l'après-midi, les époux Legrand m'apportent dans mon cabinet leur enfant, garçon de huit ans, qui, en courant à reculons pour enlever un cerf-volant, venait de faire une chute dans une des nombreuses excavations qui existent sur les hauteurs de Belleville. Cette excavation, que je connais, peut avoir 7 ou 8 mètres de profondeur.

Je ne puis obtenir de l'enfant d'autres détails sur la manière dont il était tombé; mais un fait à noter, c'est que, quoiqu'il fût tombé à la renverse en courant à reculons, cè qu'il précisait parfaitement, il portait néanmoins au côté gauche du front et à la pommette correspondante une éraflure de la peau indiquant qu'il avait roulé sur lui-même avant d'arriver au fond de l'excavation. La paupière supérieure de ce côté était même fortement ecchymosée.

A la partie inférieure de l'avant-bras gauche existe une difformité qui, à la première vue, me donne l'idée toute naturelle d'une fracture; mais presque aussitôt je suis frappé par l'aspect insolite de cette difformité : je ne retrouve pas là ce *coup de hache* si caractéristique de la fracture des deux os de l'avant-bras. L'enfant étant très-maigre et aucun gonflement ne s'étant encore développé, il m'est très-facile de bien juger de l'état des choses, de faire en quelque sorte de l'*ostéologie sur le vivant*, et voici ce que je constate : au lieu de la difformité en *coup de hache*, une superposition très-nettement dessinée des deux plans constitués par l'extrémité des os de l'avant-bras et par le carpe; en arrière, une saillie arrondie, lisse, formant une courbe demi-circulaire, ne présentant aucune aspérité sous le doigt, qui peut la par-

courir dans toute son étendue et l'embrasser en quelque sorte, la peau étant très-mince et le système musculaire et tendineux très-peu développé. En avant, une autre saillie, transversale comme la première, reposant sur l'origine des éminences thénar et hypothénar, présentant une concavité transversale dans laquelle pénètre facilement la pulpe du doigt indicateur, et limitée en dedans et en dehors par l'apophyse styloïde du cubitus et par l'épine du radius.

La main est portée dans une pronation modérée, et les doigts sont dans la demi-flexion.

De cet examen attentif résulte pour moi la certitude, sans l'ombre d'un doute, car la chose est aussi évidente que si les os étaient disséqués et mis à nus, il résulte pour moi, dis-je, la certitude que je suis en présence d'une luxation *complète* du carpe sur l'avant-bras. Est-elle *simple* ou compliquée d'une fracture? L'absence de douleur bien vive en imprimant des mouvements, et l'absence aussi d'ecchymose, me font fortement présumer qu'elle est exempte de complications.

J'aurais bien vivement désiré dans cet instant pouvoir m'entourer de quelques confrères pour les faire juger de ce cas si nouveau et si nettement dessiné. J'aurais bien voulu aussi avoir sous la main un mouleur ou du plâtre à mouler; mais l'enfant pleurait, ses parents autant que lui, il fallait donc agir sans retard.

Reste donc à procéder à la réduction : sans penser réussir aussi promptement, je saisis de la main droite l'avant-bras vers son tiers supérieur, et de la gauche les quatre derniers doigts. Exerçant alors une traction modérée en sens contraire, j'obtiens immédiatement la réduction, qui s'accompagne de cette secousse brusque et de ce bruit sourd si caractéristiques.

Toute espèce de difformité a disparu; la main a repris sa rectitude, le poignet ses mouvements de flexion et d'extension; les os de l'avant-bras, examinés minutieusement, ne présentent aucune fracture.

Plus de doute possible, j'avais bien eu affaire à une *luxation complète et simple* du carpe sur les os de l'avant-bras.

J'applique un bandage roulé depuis la naissance des doigts jusqu'au coude, et par-dessus deux attelles légères prolongées sur la main de manière à maintenir immobile l'articulation radio-carpienne, et fixées par un second bandage roulé.

Aucun accident inflammatoire ne vint entraver la guérison, et au bout de dix jours je pus retirer l'appareil, l'enfant ayant conservé intactes toutes les fonctions de la main et de l'avant-bras. Je l'ai revu depuis, et le résultat ne s'est point démenti.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade dont j'ai déjà parlé. C'est cet homme atteint de gangrène des doigts, survenue à la suite d'une oblitération de l'artère humérale, au niveau du bord inférieur du muscle du grand pectoral, et que j'ai présenté à la Société.

Cet homme, on se le rappelle, éprouvait des douleurs intolérables, qui ne lui laissaient pas un moment de repos. Je l'ai soumis à l'usage des opiacés à doses énormes (et il a même offert des phénomènes d'empoisonnement), des toniques, du quinquina, etc.

Après plusieurs semaines de souffrances, les douleurs se sont calmées. La gangrène a successivement envahi les doigts de la main, mais a respecté le pouce. J'ai détaché les doigts avec des ciseaux, à mesure que la gangrène les avait détruits.

Enfin, le sphacèle s'est limité à un centimètre environ au-dessus des extrémités inférieures des métacarpiens : les parties molles sont tombées, et, il y a un mois environ, j'ai pu cueillir (c'est le mot) les portions de métacarpiens dépouillées de leurs parties molles. — Aujourd'hui la cicatrisation est opérée. Il s'est pourtant établi un foyer de suppuration dans la coulisse fibro-synoviale de la paume de la main; ce foyer est en train de se déterger et de se cicatriser. — Le pouce est resté intact.

L'immobilité prolongée du membre a déterminé une atrophie des muscles de l'avant-bras, du bras et même de l'épaule. Mais les mouvements auxquels se livre le malade, et l'électrisation de ces muscles, ont déjà diminué notablement cette atrophie. On ne sent aucun battement dans l'artère humérale et les artères radiale et cubitale.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

Séance du 12 janvier 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

M. LABORIE demande un congé pour cause de santé. (Accordé.)

— M. le docteur V. Gautier (de Genève) adresse un exemplaire de son mémoire sur le *Rhumatisme musculaire de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement*. M. Gautier, sur sa demande, est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

— M. le docteur Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *De l'hématocèle rétro-utérine*. M. Voisin se présente comme candidat au prix Duval.

— M. Marc Ebra fait hommage de sa thèse inaugurale intitulée *Du traitement du spina-bifida par les injections iodées*.

NOMINATION.

Le sort devant désigner les membres de deux commissions, M. le président tire de l'urne, pour la commission des comptes, les noms de MM. Jarjavay, Broca, Lenoir, Monod, Forget; et pour examiner la bibliothèque, les noms de MM. Guersant, Deguise, Cazeaux.

COMMUNICATION.

M. HUGUIER présente un morceau de bois cylindrique qu'il a extrait du rectum d'un individu qui est venu réclamer ses soins. Ce corps étranger a les dimensions suivantes : longueur, 19 centimètres; diamètre, 2 centimètres. Sa petite extrémité, garnie d'une virole de cuivre, est terminée brusquement par une coupe perpendiculaire à l'axe. Il est percé dans toute sa longueur d'un canal qui annonce qu'il faisait partie d'un long tuyau de pipe. Ce morceau de bois, dont l'extrémité inférieure était à 6 centimètres environ au-dessus de l'anus, était dirigé suivant l'axe du grand bassin, de haut en bas et d'avant en arrière. Son bout inférieur commençait à s'engager dans l'épaisseur de la paroi postérieure du rectum, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne.

M. Huguier, saisissant le corps étranger avec des pinces à polypes, le poussa en haut pour dégager l'extrémité qui arc-boutait contre la paroi du rectum, et le tirant ensuite vers le coccyx, parvint à en opérer l'extraction.

— A l'occasion de cette présentation, plusieurs membres de la Société rappellent des faits analogues déjà consignés dans les Bulletins de la Société.

M. MOREL-LAVALLÉE se propose de lire, dans une prochaine séance, une observation qui lui paraît très-intéressante, bien qu'elle ait plus d'un rapport avec les faits déjà connus.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un enfant affecté d'un bec-de-lièvre double compliqué de gueule-de-loup, sans tubercule médian. Il demande

l'avis de la Société sur le mode opératoire qu'il conviendrait d'employer. Il a l'intention d'opérer le bec-de-lièvre si la Société le juge convenable.

M. HOUEL. M. Chassaignac se trompe sur le vice de conformation qui nous est présenté. Ce n'est point un bec-de-lièvre double, mais bien un bec-de-lièvre latéral du côté gauche. Dans ce cas, il ne peut pas y avoir de tubercule médian.

M. GUERSANT. Ce malade peut être opéré; mais il m'est arrivé huit ou dix fois de faire cette opération sur des enfants âgés de moins d'un an, et toujours j'ai échoué. Dans les cas de complication de gueule-de-loup, pour augmenter les chances de succès, il faut attendre un an et appliquer un abaisse-langue, qui pourtant est une espèce de supplice pour le petit opéré. En attendant l'opération, il est bon aussi de faire préparer un appareil avec pelotes destiné à favoriser le rapprochement des maxillaires supérieurs.

M. DEPAUL. Il m'est impossible de partager les craintes de M. Guersant. J'ai opéré le bec-de-lièvre quatre fois dans des cas semblables à celui de M. Chassaignac, et j'ai réussi trois fois. Je crois qu'il est avantageux d'opérer dans la première semaine qui suit la naissance. En suivant cette pratique, on favorise le rapprochement des os maxillaires.

Plusieurs membres demandant la parole, M. le président ajourne la continuation de cette discussion à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. RICHET. La malade dont je parlais dans une des précédentes séances a succombé. L'instrument tranchant dont elle s'était servie dans une intention de suicide avait divisé la trachée-artère entre le premier et le second cerceaux, et bien qu'il eût coupé le corps thyroïde en travers, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie très-abondante. La malade ayant été transportée dans une pharmacie, y reçut des soins peu éclairés : la plaie fut fermée, de manière que le sang, ne pouvant plus s'écouler au dehors, devait nécessairement remplir les voies respiratoires. Lorsque cette femme fut apportée à l'hôpital, l'interne de garde s'empressa d'enlever le pansement qui avait été fait par le pharmacien, et ayant retiré un caillot qui s'était formé dans la trachée, il appliqua la canule dont on se sert pour la trachéotomie. Le lendemain, M. Richet put constater qu'il existait entre les bouts de la trachée un espace de 2 ou 3 centimètres, et il vit que lorsqu'on retirait la canule,

le bout inférieur se contractait et produisait ainsi une suffocation extrêmement pénible.

Au bout de vingt jours la malade a succombé. A l'autopsie, on a trouvé une infinité de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminés dans les deux poumons. M. Richet s'est demandé d'abord si ce pus ne serait pas dû à l'existence de tubercules pulmonaires, mais il a bien vite reconnu que les bronches étaient remplies d'une matière purulente, indice évident d'une inflammation bronchique, qui s'était propagée jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien.

Sur les côtés de l'œsophage et dans la région cervicale, on trouva un abcès contenant une cuillerée de pus, baignant l'artère carotide, qui, bien que mise à nu, n'avait pas été atteinte par l'instrument tranchant.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, A. Guérin.

RAPPORT

sur un travail de M. le Dr Ferrand (de Mer), sur la trachéotomie.

(Lu à la Société de chirurgie par M. Guersant).

Messieurs, chargé avec mes collègues MM. Forget et Desormeaux de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Ferrand (de Mer), travail intitulé : *Opération de trachéotomie pour croup, extraction de la canule trois mois après l'opération ; guérison ; considérations sur le traitement du croup et sur la trachéotomie,* permettez-moi de commencer par vous exposer un résumé succinct de ce travail.

Mirand (Ferdinand), âgé de sept ans, d'une constitution délicate, atteint d'une otite chronique depuis plusieurs années, est pris le 15 janvier 1853 d'une toux enrouée. M. le docteur Bergeron, consulté le 17, ne constate pas de fausse membrane dans la gorge ; la voix est éteinte et la respiration gênée. — Potion émétisée.

Le 18 au soir, l'oppression augmente, il y a menace de suffocation ; M. le docteur Ferrand est appelé pour pratiquer la trachéotomie. Il la pratiqua lentement, comme le conseille M. Trousseau, et attendit pour ouvrir la trachée que l'écoulement du sang fût arrêté ; l'opérateur cautérisa la trachée avec une solution d'azotate d'argent au quart, et

donna le conseil aux parents d'instiller quatre fois par heure des gouttes d'eau tiède dans la canule.

Le 19, l'enfant est bien ; M. Ferrand renouvelle la cautérisation. Pas de fausses membranes.

Le 20, pas de fausses membranes ; nouvelle cautérisation.

Le 21, le malade est bien, la plaie est grisâtre. — Cautérisation, bouillon, eau vineuse.

Jusqu'au 25, l'enfant va de mieux en mieux ; on tente d'enlever la canule, nécessité de la remettre.

Le 1er février, nouvelle tentative d'enlever la canule ; impossibilité.

Le 6, nouvel essai encore infructueux ; il faut en revenir à la canule, qui fut difficile à réintroduire ; inflammation de la plaie, qui s'agrandit et se couvrit d'une fausse membrane épaisse. — Cautérisation forte de la plaie.

Jusqu'au 18, rien de nouveau, mais ce jour-là fièvre, accès de toux ; aspect grisâtre de la plaie, qui s'agrandit.

Le 19, fièvre intense, pâleur de la face, assoupissement ; le malade se plaint du bras gauche, où se trouve un vésicatoire ancien qui s'était couvert d'une fausse membrane. — Cautérisation avec le nitrate d'argent sur la surface du vésicatoire.

Le 21, mieux notable.

Le 26, encore de la toux ; la plaie et le vésicatoire vont bien ; mais dans la nuit, *plus de cinq semaines après l'opération*, le malade a expulsé par la canule plusieurs lambeaux de couenne, dont un a 15 centimètres de long.

A dater de ce jour, l'enfant va de mieux en mieux. Il garda sa canule jusqu'au 15 avril, époque à laquelle elle fut retirée, après trois mois de séjour dans la trachée.

Réflexions de notre confrère. — Il regarde cette observation comme intéressante parce qu'elle offre un cas de succès après plusieurs complications ; il dit qu'au moment de l'opération les fausses membranes existaient dans les bronches, parce qu'on n'en voyait pas sur les amygdales et dans la gorge ; c'était le 17 janvier.

Il faut remarquer la persistance de la diathèse couenneuse, car la plaie se recouvre de fausses membranes le 6 février, puis le 22 des fausses membranes se développent sur le vésicatoire, et le 26 une longue fausse membrane est expulsée par la canule. Notre confrère dit, à cette occasion, que la cautérisation, qui modifie la surface du vésicatoire, montre clairement l'action des caustiques sur les fausses membranes ; puis il ajoute que le traitemeut qu'on doit employer est la cautérisa-

tion, et il blâme les moyens généraux, les alcalins, le chlorate de potasse, de soude, etc., etc. Il dit qu'il est difficile que des hommes éclairés se refusent à l'efficacité de la cautérisation dans le croup.

Il passe à la cause qui a pu déterminer l'obstruction du larynx et la nécessité de laisser la canule trois mois ; il pense que cela dépend, dans le principe, de fausses membranes sur les cordes vocales, et plus tard d'un engorgement chronique du larynx.

L'auteur dit ensuite qu'en qualité d'ancien élève de M. Bretonneau, il est partisan de la trachéotomie, et qu'il a eu occasion de la pratiquer 9 fois *in extremis;* il a sauvé deux malades qui avaient environ sept ans ; il dit qu'il n'est pas disposé à opérer avant deux ans et qu'il pense qu'il faut attendre que la mort soit imminente pour se décider à l'opération ; car la trachéotomie n'est pas sans inconvénients, et d'ailleurs on voit guérir des croups par les moyens médicaux. En effet, dit-il, j'ai sauvé deux enfants de 2 à 3 ans par des vomitifs, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc et le tartre stibié pris alternativement.

M. Ferrand parle de l'érysipèle consécutif à la trachéotomie; il n'a pas l'air de l'attribuer à une cause générale, et il propose, pour le prévenir, d'étendre le taffetas gommé qu'on place sous le pavillon de la canule jusqu'au sternum.

Il regarde comme très-utile d'opérer lentement, comme le conseille M. Trousseau.

Il blâme le procédé qui consiste à ouvrir la trachée transversalement ; il pense que la méthode par laquelle on entre d'emblée dans la trachée est une pratique qui n'appartient qu'à des opérateurs imprudents.

Quant à l'époque où il faut enlever la canule, il conseille, avant de la retirer, de refermer la plaie immédiatement pour s'assurer si l'air entre dans le larynx, et il dit qu'il ne faut renoncer à la remettre que si la respiration se fait bien, la plaie étant fermée.

M. le docteur Ferrand termine en disant qu'il désirerait que la Société de chirurgie voulût bien s'occuper, dans l'intérêt des praticiens, de la question de la sonde laryngienne de M. le docteur Loiseau et du tubage de M. Bouchut.

Réflexions du rapporteur. — L'observation que nous adresse notre honorable confrère, M. le docteur Ferrand, a surtout le mérite, selon nous, de prouver que la trachéotomie faite en certains cas de croup est véritablement le moyen qu'on doit employer avant la dernière période de cette maladie, et que sans cette opération un grand nombre d'enfants viendrait grossir celui des décès. Mais si cette observa-

tion est curieuse sous le rapport du succès, elle offre aussi plusieurs points qui prêtent à la critique.

Dans cette observation, où l'opération paraissait indiquée parce que la voix était éteinte et de plus l'étouffement continu, notre confrère dit que, suivant le conseil de M. Trousseau, il opéra lentement et qu'il n'ouvrit la trachée que lorsque le sang était arrêté. Ceci peut se dire et se faire dans quelques cas, mais il ne faut pas toujours attendre que le sang s'arrête pour ouvrir la trachée; au contraire, ouvrir la trachée est souvent le seul moyen, en faisant respirer le malade, de voir le sang cesser de couler.

Notre confrère ne dit pas s'il se servit d'une canule simple ou double. On sait que la canule double est une condition indispensable pour le succès. Il n'indique pas si, après l'opération, il a fait usage de la cravate au-devant de la canule, moyen auquel nous attachons tous, comme M. Trousseau, la plus grande importance; il ne dit pas s'il a insisté sur tous les petits soins consécutifs qui font le succès de l'opération.

On peut dire que l'état d'étouffement dans lequel était le malade réclamait la trachéotomie; mais si l'opération était bien indiquée, on se demande si l'instillation de solution de nitrate d'argent dans la trachée l'était aussi, car on n'a pas dit si, après l'opération, des fausses membranes s'étaient échappées de la trachée : ce n'est réellement que dans cette circonstance qu'on peut se décider aux écouvillonnements et aux instillations, moyens qu'on a déjà abandonnés depuis plusieurs années; ce n'est même que depuis que ces instillations sont abandonnées dans la plupart des cas qu'on obtient des succès plus nombreux. Un mémoire déjà ancien de M. Miquel (d'Amboise) a fait connaître les inconvénients des instillations de solution de nitrate d'argent dans la trachée et dans les bronches.

Bien que ce dernier moyen paraisse avoir réussi chez l'enfant que notre confrère a guéri, ne pourrait-on pas dire que son malade aurait peut-être pu se débarrasser plus tôt de la canule, si on n'avait pas fait d'une manière aussi répétée les instillations et les cautérisations? Elles peuvent, en effet, avoir été la cause de la formation des fausses membranes très-longues expulsées *plus de cinq semaines après l'opération.* Quant à la longueur d'une fausse membrane qui aurait 15 centimètres de long, c'est une erreur échappée à l'auteur, qu'il a rectifiée par une lettre adressée à la Société.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est que le malade n'a pu être débarrassé de la canule qu'au bout de trois mois; M. Ferrand pense que cela tient à un engorgement chronique des tissus du larynx.

Nous croyons que, dans ces cas, la persistance des fausses membranes peut empêcher le passage de l'air dans le larynx ; nous pensons aussi qu'une inflammation chronique de la muqueuse du larynx pourrait s'opposer à l'introduction de l'air. Enfin, ne pourrait-on pas supposer que dans ces circonstances il y a paralysie des muscles du larynx, paralysie analogue à celle qu'on observe si souvent dans le voile du palais après les affections diphthéritiques de cette région, et alors cette paralysie ne pourrait-elle pas réclamer l'intervention de l'électricité ?

Je regrette que notre confrère, ne pouvant pas retirer la canule à son malade, n'ait pas employé un moyen que j'indique depuis plus de quinze ans dans mes leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, moyen qui a été publié dans les journaux ; je veux parler de l'écouvillonnement du larynx de bas en haut. Il consiste, comme je l'ai décrit et comme je l'ai pratiqué, dans l'introduction d'une petite sonde de gomme élastique par le larynx de bas en haut, en l'introduisant par la plaie de la trachée ; cette sonde, dans les yeux de laquelle on a passé un fil, ressort facilement par la bouche, et entraîne avec elle un petit tampon de charpie qui entre de force dans le larynx et détache ainsi par le frottement des fausses membranes qui seraient restées sur les cordes vocales. Ce procédé opératoire, qui m'a réussi, rendrait, je crois, des services dans les cas où on ne sait s'expliquer pourquoi on ne peut retirer la canule, ce qui se rencontre quelquefois, comme dans l'observation que nous adresse notre confrère.

Lorsque la canule n'a pu être retirée dans les quinze ou vingt jours qui suivent l'opération, il faut alors attendre et faire de temps en temps des tentatives, jusqu'à ce qu'on puisse débarrasser définitivement le malade. Elle peut rester quelquefois des mois, des années, et alors c'est presque toujours par suite de lésions chroniques du larynx, contre lesquelles je n'ai rien encore à proposer. Ainsi, j'ai vu un enfant opéré à l'hôpital, qui a été vingt-deux mois sans pouvoir quitter la canule. Il reste aujourd'hui avec une fistule de la trachée qui persiste sans qu'on mette de canule, et qu'on ne peut fermer momentanément sans déterminer de suffocation inquiétante. J'ai présenté à la Société un jeune homme qui porte aujourd'hui encore une canule depuis plus de deux ans, et qui a une carie du cartilage du larynx ; il a été dans le service de M. Chassaignac. Je vois un enfant qui a dans ce moment une canule depuis plus de six mois, et qui ne peut la quitter.

M. Ferrand, à l'occasion de la disparition des fausses membranes, fait remarquer que les cautérisations lui ont réussi, et il est difficile,

dit-il, que des hommes éclairés se refusent à l'efficacité des caustiques, et veuillent employer encore les alcalins, le chlorate de potasse, qui n'agissent pas par eux-mêmes, mais conjointement avec les caustiques.

Ici, sans récuser l'action des caustiques que nous employons, mais seulement sur les points où les yeux nous permettent de constater des fausses membranes, nous trouvons que notre confrère est trop exclusif. En effet, je puis affirmer que M. Blache et moi avons eu dans notre service à l'hôpital des cas de succès par l'emploi du chlorate de potasse sans les cautérisations. M. Isambert en a cité plusieurs observations dans sa thèse. M. Millard, dans sa thèse, en a aussi indiqué. Depuis, j'ai eu de semblables résultats en ville, et je pourrais nommer plusieurs confrères qui ont employé le chlorate de potasse avec succès. Si ce n'est pas un médicament infaillible, c'est un moyen utile et qui rendra des services, surtout quand on le mettra en usage dès le début de l'affection pseudo-membraneuse et à doses assez fortes, 5, 6 et 8 grammes par jour. J'ajouterai que le chlorate de potasse peut, dans certains cas, faire éviter qu'on en vienne à la trachéotomie, et qu'après l'opération il peut encore être pris avec avantage pour modifier les fausses membranes que la cause générale tend toujours à développer.

Comme l'auteur de l'observation, nous dirons que lorsqu'on se décide à en venir à l'opération, elle ne nous paraît indiquée que lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux raisonnables, et que le malade est à la fin de la seconde période, lorsque la suffocation est continue; car on ne doit pas oublier que, même dans cette seconde période, on a vu des malades guérir lorsque l'étouffement n'était pas permanent.

Comme M. le docteur Ferrand, nous sommes convaincu qu'on a plus de chances en opérant les enfants au-dessus de deux ans; les succès sont très-rares au-dessous de cet âge.

Quant au manuel opératoire, nous partageons l'opinion de notre confrère, qui conseille d'opérer lentement. Il rejette avec raison le procédé qui consiste à ouvrir la trachée transversalement; il blâme celui par lequel on entre d'emblée dans la trachée, et il lui semble que cette pratique ne doit appartenir qu'à des opérateurs imprudents.

Il me paraît rationnel de conseiller, en général, de pratiquer l'opération lentement, comme le fait M. Trousseau; car il est vrai de dire que les opérateurs qui se sont écartés de ce principe ont quelquefois eu à s'en repentir. Je dois cependant dire que, sans adopter d'une manière générale le procédé de M. Chassaignac, je l'ai quelquefois employé avec avantage chez des sujets maigres, chez lesquels on reconnaissait

facilement au toucher le cartilage cricoïde, au-dessous duquel on doit plonger le ténaculum. J'ajouterai que ce procédé, qui est d'une exécution prompte, a le grand avantage de fixer la trachée-artère, comme l'avait déjà conseillé M. Bretonneau, et que souvent on peut faire perdre moins de sang au malade que par le procédé ordinaire.

A la fin de son travail, notre confrère témoigne le désir que la Société s'occupe de la sonde laryngée de M. le docteur Loiseau et du tubage de M. Bouchut.

L'emploi de la sonde de M. Loiseau peut être utile pour insuffler des poudres dans la trachée, et je ne doute pas que ce moyen puisse être employé avec avantage dans quelques cas. Quant au tubage, comme l'a dit M. Trousseau, c'est un enfant mort en naissant. Après avoir vu les tristes résultats du tubage sur des larynx de chiens, on peut, je crois, ne plus s'en occuper.

A l'occasion de ce que dit notre confrère dans son travail, *qu'il aurait de la peine à se décider à la trachéotomie si la mort n'était pas imminente*, qu'il me soit permis de poser ici les indications et les contre-indications de la trachéotomie dans les cas de croup; ce sujet est, je pense, à l'ordre du jour, et me paraît digne d'être exposé devant vous, qui plus que d'autres êtes à même de le discuter.

Indications de la trachéotomie dans les cas de croup. — Le croup, caractérisé par l'existence de la diphthérite dans le larynx, peut souvent, mais non pas toujours, résister aux moyens médicaux. Ce n'est qu'après avoir employé ces moyens que la chirurgie peut être appelée non à guérir le croup, mais à donner le temps à la maladie de guérir, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les moyens médicaux employés consécutivement.

Après les cautérisations, qui peuvent rendre de grands services, après le cathétérisme du larynx, qui peut servir à faire d'utiles insufflations, la trachéotomie est aujourd'hui, quoi qu'on en dise, le seul moyen qu'on puisse employer pour sauver quelquefois le malade.

La trachéotomie devra donc être pratiquée :

1° Toutes les fois qu'il y aura étouffement continu et asphyxie persistante.

En effet, lorsqu'il existe dans le larynx des fausses membranes, l'étouffement et l'asphyxie peuvent être passagers; une fausse membrane détachée par les efforts de toux ou de vomissement peut faciliter le passage de l'air dans le larynx, qu'elle avait obstrué momentanément; elle peut aussi se développer de nouveau, et si elle persiste, elle fait office de corps étranger, qui gêne constamment l'introduction

de l'air ; c'est alors qu'on constate tous les symptômes qui militent en faveur de l'opération; c'est alors qu'on observe l'impossibilité plus ou moins grande de respirer, l'absence presque complète du bruit respiratoire, de l'élévation des côtes, l'abaissement du diaphragme, qui refoule les organes du ventre, la dépression de la région épigastrique, la pâleur des lèvres, la dilatation des narines dans les efforts de respiration, enfin la diminution de force du pouls, et parfois de l'agitation suivie d'un calme très-court. Si nous ajoutons à ces signes la voix éteinte et l'expulsion de fausses membranes rendues par les vomissements, l'opération est indiquée. Lorsque tous ces phénomènes existent, on opère avec d'autant plus de chances de succès qu'on les laisse durer moins de temps; si, au contraire, on attend la période ultime, où tous ces symptômes augmentent d'intensité ; si le pouls, de faible qu'il était, devient à peine sensible; si les lèvres deviennent violacées et les yeux cernés et caves; si le refroidissement des extrémités se manifeste; si l'insensibilité de quelques points, qui s'observe parfois sans anesthésie complète, existe, l'insuccès est la règle, et le succès l'exception. On doit cependant encore opérer, car dans quelques cas rares on a sauvé des malades.

2° La trachéotomie est encore urgente lorsque les symptômes indiqués existent sans qu'on ait aucune preuve de la présence des fausses membranes; car il peut arriver, comme nous l'avons vu, qu'elles soient uniquement sur les cordes vocales; dans ce cas, la vie est menacée : il y a avant tout indication de faire respirer le malade.

Les contre-indications à la trachéotomie sont :

1° Principalement et avant tout la diphthérite généralisée ; ce n'est que dans des cas très-rares que la trachéotomie peut réussir.

Cet état grave est caractérisé par une pâleur extrême, une altération profonde des traits; quelquefois des épistaxis, des masses de ganglions cervicaux engorgés, des fausses membranes dans la gorge, dans les fosses nasales, dans les oreilles, à la vulve, aux vésicatoires anciens ou nouveaux. Enfin, on constate une prostration sans agitation notable et sans suffocation, car les malades ne meurent pas étouffés, mais la respiration s'éteint lentement.

On comprend que, dans ces circonstances, la trachéotomie est le plus souvent inutile.

2° La pneumonie double bien constatée est une complication si grave, que l'opération échoue toujours.

3° L'âge tendre au-dessous d'un an, époque à laquelle le succès est une exception, est encore pour nous une contre-indication.

Nous terminons ce travail en priant la Société de vouloir bien remercier notre confrère M. le docteur Ferrand de nous avoir adressé une observation intéressante. Nous l'engageons à continuer la pratique de la trachéotomie dans les cas de croup; car lorsqu'on sauve des malades par cette opération, on a la conscience d'avoir fait son devoir, et de les avoir arrachés à une mort certaine dans le plus grand nombre des cas.

Séance du 19 janvier 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

M. DESORMEAUX. Messieurs, lorsque dans la dernière séance M. Chassaignac a consulté la Société sur l'opportunité de l'opération qu'il voulait pratiquer à un enfant nouveau-né affecté de bec-de-lièvre compliqué, j'ai pensé que la majorité de nos collègues, se rangeant à l'avis déjà émis par la Société, repousserait l'opération immédiate. C'est pour cela précisément que j'ai cru devoir demander la parole, afin de soutenir l'opinion contraire, qui me paraît préférable, et d'apporter à notre collègue les observations de deux enfants que j'ai opérés peu de temps après leur naissance, et sur qui l'opération a complétement réussi. Ces deux enfants, les seuls que j'aie opérés de si bonne heure, avaient, comme le malade de M. Chassaignac, des becs-de-lièvre compliqués de division du palais.

Le premier de mes opérés me fut présenté le jour même de sa naissance, le 10 novembre 1857. Il présentait du côté droit un bec-de-lièvre qui divisait la lèvre dans toute sa hauteur, jusqu'à la narine correspondante. La voûte et le voile du palais étaient largement divisés, et laissaient apercevoir l'intérieur des fosses nasales par une fente dans laquelle pouvait se loger l'extrémité de l'index. L'os incisif, séparé par cette fente du maxillaire supérieur droit, se trouvait sur un plan plus antérieur, de façon qu'il formait une saillie de plus d'un centimètre. Il était uni au maxillaire gauche, mais évidemment mobile sur lui. Une particularité curieuse, c'est que du côté gauche, dans le point où se serait trouvée la seconde division d'un bec-de-lièvre double, la lèvre supérieure présentait une épaisseur moins grande, et une apparence de cicatrice qui aurait fait croire à une opération antérieure si l'on eût ignoré l'histoire du malade.

Après avoir pesé les raisons sur lesquelles je reviendrai plus tard, je conseillai l'opération immédiate ; les parents me dirent qu'ils y réfléchiraient, et je n'en entendis plus parler pendant quelques jours. Ils avaient appelé un autre chirurgien, qui avait opéré par l'ancien procédé, et la réunion avait manqué, excepté à la partie supérieure, dans une hauteur de 2^{mm} environ. C'était une opération à recommencer; l'enfant se portait bien, offrait d'excellentes conditions; les motifs étaient les mêmes pour l'opéré, et je n'attendis quelques jours que pour laisser le temps aux parties de se consolider et de reprendre leur état naturel.

A la fin de décembre, l'enfant ayant alors six semaines, j'opérai son bec-de-lièvre par la méthode de M. Mirault; le lambeau fut taillé sur le bord interne de la division; je réunis l'incision verticale au moyen de deux points de suture entortillée, et le lambeau au moyen d'un point de suture simple. Le soir tout allait bien; le lendemain, le lambeau était réuni, mais son point de suture l'avait divisé vers la pointe, ce qui, du reste, n'eut aucune conséquence. Le troisième jour au matin, j'enlevai les épingles, qui commençaient à couper les tissus; la division verticale était cicatrisée; les fils tombèrent, et je les remplaçai par des bandelettes de taffetas d'Angleterre pour soutenir la cicatrice. Ces bandelettes tombèrent d'elles-mêmes au bout de quatre ou cinq jours.

La suture et plus tard les bandelettes furent le seul moyen d'union. Il n'y eut aucun bandage auxiliaire, ou pour mieux dire, il y eut le meilleur de tous les bandages, les doigts d'une aide intelligente et attentive, qui rapprochait les joues aussitôt que le besoin menaçait de s'en faire sentir. Une des meilleures élèves de la Maternité, Mlle Porcherot, chargée de soigner l'enfant, s'en acquitta à merveille. Je lui avais donné pour instruction de l'empêcher de crier, et pour cela de lui donner à boire avant même qu'il en manifestât le besoin ; lorsqu'il paraîtrait près de crier, sans avoir soif, de le promener et de le distraire ; puis, enfin, si ces moyens ne réussissaient pas, de lui serrer les joues dès qu'il ferait la grimace et avant le premier cri. Tout cela fut fait exactement, et je suis convaincu que ces soins assidus ont beaucoup concouru à la réussite.

Huit jours après l'opération, la largeur de la fente palatine avait diminué sensiblement, et la saillie intérieure de l'os incisif était presque moitié moins forte. Au bout de douze jours cette saillie était presque nulle, et les deux bouts de la division de la gencive étaient en contact. L'enfant fut envoyé à la campagne pour y être élevé au biberon.

J'ai revu cet enfant il y a quelques jours ; il a maintenant treize mois et demi, il vient de faire sa quatrième dent; il a eu, quelques jours avant, quelques convulsions, mais il se porte bien à présent, quoique d'apparence un peu chétive ; il est à remarquer, du reste, que ses deux frères n'avaient pas dans leur enfance meilleure mine que lui. Le bord libre de la lèvre ne présente aucune dépression, il faut la regarder de près pour voir les traces de l'opération. Les deux portions du bord gengival paraissent réunies, bien que la séparation soit encore accusée par un léger sillon ; on n'y trouve plus de mobilité. La saillie de l'os incisif, qui avait disparu, semble s'être reproduite par suite du développement de l'incisive moyenne droite, qui a augmenté dans ce point l'épaisseur de la gencive ; mais il paraît bien évident que ce défaut d'irrégularité disparaîtra par suite du développement de la deuxième incisive droite sur l'autre côté de la fente. Le doigt ne peut plus pénétrer dans la divison palatine.

Mon second malade était un enfant du sexe masculin, né le 2 novembre dernier à la Maternité. Il présentait un bec-de-lièvre simple du côté droit, avec division complète de la voûte palatine, et saillie de l'os incisif en avant du maxillaire droit. L'enfant ne pouvait pas teter ; sa nourrice lui faisait jaillir dans la bouche du lait qu'il rendait en partie.

L'opération fut pratiquée le 5 novembre. En avivant le côté droit du bec-de-lièvre, je laissai le lambeau adhérent au bord libre de la lèvre du côté gauche, j'avivai le bord libre de la lèvre dans une petite étendue, en même temps que le bord vertical de la division anormale ; puis je détachai des deux côtés la lèvre des os sous-jacents par de petites incisions. La portion verticale de la plaie fut réunie à l'aide de deux points de suture simple, suivant le procédé de M. Mirault (d'Angers) ; le lambeau adhérent à l'angle droit de la division fut fixé par un seul point sur la partie avivée du bord libre de la lèvre.

Les soins furent les mêmes que pour le premier enfant ; il fut confié à des élèves qui le gardaient constamment sur leurs genoux ou dans les bras. On lui donnait le biberon dès qu'il s'éveillait ; enfin, dès qu'il criait, on lui saisissait les joues pour les rapprocher, et empêcher les tiraillements de la lèvre. Il dormit très-bien, il but souvent au biberon sans rejeter le lait.

Le 6 novembre au soir, les bords de la plaie étaient réunis, les fils furent retirés et remplacés par une bande de taffetas d'Angleterre. Les soins furent continués comme avant. On lui donna une nourrice qu'il

teta assez bien ; mais comme il ne pouvait teter assez pour se nourrir, on continua le biberon.

Le 13 novembre, cet enfant sortit en très-bon état. La mère, qui ne pouvait le garder avec elle, le plaça chez une nourrice à la campagne, pour le faire élever au biberon. Il paraît qu'il n'était pas bien chez cette première nourrice, car on l'en changea, et il succomba le 26 décembre à une entérite.

Beaucoup de chirurgiens ne veulent pas pratiquer d'aussi bonne heure l'opération du bec-de-lièvre, surtout dans les cas compliqués. Les objections qu'ils lui opposent sont :

1° La sensibilité excessive des enfants nouveau-nés;

2° Le danger de tenir un enfant de cet âge à la diète pendant quatre ou cinq jours;

3° La crainte que pendant ce temps il ne perde l'habitude de teter.

Ces objections sont plus spécieuses que réelles, et il est facile de les réduire à néant. Pour ce qui est de la sensibilité des enfants nouveau-nés, bien loin d'être excessive, elle me paraît moins développée qu'à un âge plus avancé. J'ai fréquemment pratiqué sur eux des opérations ou des incisions, et j'ai vu constamment qu'à peine l'opération terminée, il suffit de les promener ou de les bercer dans les bras pour apaiser leurs cris, à un moment où des sujets plus âgés accuseraient encore des douleurs cuisantes. Quant à la diète, ce n'est pas quatre ou cinq jours qu'elle peut durer, mais bien vingt-quatre à quarante-huit heures, puisque ce temps est suffisant pour la réunion. D'ailleurs, ce qu'on aura de mieux à faire, ce sera de ne pas interrompre l'alimentation.

Je regarde même comme un précepte très-important de faire boire l'enfant fréquemment, comme moyen de favoriser la réussite de l'opération en entretenant la santé de l'opéré, et surtout en évitant les cris dans lesquels les lèvres sont distendues et la plaie tiraillée.

Enfin l'allaitement ne peut souffrir sérieusement. Si le palais était intact, je n'hésiterais pas à laisser teter, pourvu que la nourrice fût bonne et que son lait vînt facilement. Alors même qu'on attendrait la cicatrisation pour donner le sein, l'habitude de teter ne se perdrait pas, car on voit chaque jour les enfants la reprendre avec empressement après en avoir été privés pendant un plus long temps. Cette dernière crainte, du reste, est encore moins fondée dans les cas de *gueule-de-loup*, puisqu'alors les enfants, privés de tous les moyens de succion,

sont encore moins aptes à teter avant l'opération qu'après. Nous avons vu, en effet, que notre second malade, qui ne pouvait, avant d'être opéré, prendre le sein de sa nourrice, avait pu le second jour teter, imparfaitement, il est vrai.

A côté de ces dangers illusoires nous voyons des avantages réels : d'abord la réparation plus complète de la difformité, en s'y prenant d'aussi bonne heure, avant que le développement soit avancé ; ensuite le rapprochement plus facile des bords de la division osseuse, par suite de la pression exercée par la lèvre, à une époque où les connexions des os ne sont pas encore solides. Notre premier malade nous en a offert un exemple.

Nous pensons donc que l'on doit poser en précepte l'opération du bec-de-lièvre aussitôt après la naissance, et que ce précepte est surtout important dans les cas de division de la voûte palatine.

M. GIRALDÈS fait observer que, l'année dernière, M. Lenoir a rappelé qu'une discussion analogue avait déjà eu lieu il y a environ trois ans au sein de la Société, et qu'à cette époque ce praticien distingué avait démontré l'utilité qu'il y avait d'opérer de bonne heure. M. Giraldès se range à cet avis, s'appuyant à la fois sur la pratique des autres et sur la sienne; remplaçant temporairement M. Lenoir, il a opéré à la naissance un bec-de-lièvre simple avec succès, et il sait que des opérations de cas analogues et plus compliqués que celui présenté dans la dernière séance ont parfaitement réussi.

M. Giraldès fait en outre observer que dans la précédente discussion on s'était trop effrayé de la grande mortalité obtenue; il regrette que l'on n'ait point tenu compte de ce fait important, à savoir : qu'un dixième des enfants nouveau-nés meurent dans le premier mois aussi bien en ville qu'à l'hôpital, tout en reconnaissant que cette mortalité est encore sensiblement accrue dans les hôpitaux.

M. Giraldès conclut donc que l'opinion émise par M. Depaul reçoit des observations publiées une pleine confirmation.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la liste de présentation de la commission pour la nomination d'une place vacante de membre titulaire de la Société. (Commissaires, MM. Gosselin, Richet, Cullerier, rapporteur.)

En première ligne, M. Legouest;

En seconde ligne, *ex æquo*, MM. Foucher et Bauchet;

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Béraud et Fano.

Le scrutin est ensuite ouvert, il donne le résultat suivant :
24 votants.

M. Legouest obtient. . . .	21 voix.
M. Bauchet.	2
M. Béraud.	1

En conséquence M. Legouest est proclamé membre de la Société de chirurgie.

M. ROCHARD, deuxième chirurgien en chef de la marine, lit un mémoire sur les hématocèles de la tunique vaginale qui remontent dans la cavité abdominale à travers le canal inguinal. Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

M. Rochard dépose en outre sur le bureau un mémoire ayant pour titre : *Des résultats définitifs de l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre.*

M. RICHET donne lecture d'une observation relative à un cas de mort par le chloroforme.

M. Richet, après la lecture de son travail, communique à la Société les réflexions suivantes :

Il constate d'abord que cette observation a été rédigée de suite par tous les internes et par lui-même, ce qui est une garantie d'exactitude. En présence de ce fait malheureux, la première chose qu'il y a à se demander, dit M. Richet, c'est de savoir si toutes les précautions recommandées dans l'emploi du chloroforme ont été prises, si aucune n'a été négligée. Or il croit que jamais inhalation de chloroforme n'a été plus simple, plus facile, plus régulière; il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler en peu de mots les faits relatifs à cette observation.

Le malade était un homme fort, vigoureux; rien dans ses antécédents ne contre-indiquait l'emploi du chloroforme; il était horizontalement couché dans son lit, par conséquent dépouillé de ses vêtements : rien ne pouvait donc gêner la respiration. On verse du chloroforme sur une compresse de linge usé, par conséquent très-perméable à l'air, pliée en double et roulée en cornet. Il est en tout employé de 15 à 20 grammes du liquide anesthésique.

La chloroformisation suit sa marche régulière, *excitation*, puis *résolution ;* le pouls se maintient calme, ainsi que la respiration; le visage ne s'altère point, rien ne peut permettre de présager un pareil malheur. La résolution obtenue, M. Richet procède à la réduction, ayant fait éloigner le chloroforme du malade. Tout à coup, cette réduction faite, le pouls se supprime des deux côtés, et l'on constate qu'il n'y a

plus de battements précordiaux; mais la respiration continue. Plus tard elle se supprime à son tour; alors on attire la langue, et M. Richet fait pratiquer la respiration artificielle. On obtint trois inspirations, mais, vains efforts, le malade succomba sans que l'on ait pu réveiller les battements du cœur.

M. Richet se demande quelle peut être la cause de la mort; est-elle due à une asphyxie ou à une syncope, à une sidération générale du système nerveux, à une paralysie du cœur et du tissu pulmonaire?

Dans l'asphyxie, la mort arrive par suppression de la respiration, mais le cœur continue à battre; les expériences de Legallois, celles si célèbres de Bichat, ont établi ce fait d'une manière irrécusable. M. Richet a eu deux fois, dans l'espace d'un mois, l'occasion de vérifier l'exactitude de la théorie de Bichat. Dans un premier cas, il fit la trachéotomie parce qu'il y avait cessation complète de respiration, tandis que le cœur battait encore; dans un second cas de mort par asphyxie, M. Richet constata pendant plus d'un quart d'heure les battements du cœur après la cessation de la respiration.

Dans l'observation lue à la Société, c'est l'inverse qui s'est passé; le cœur au contraire cesse de battre, et la respiration continue. D'ailleurs, dit M. Richet, comment serait-il possible de songer à l'asphyxie, en présence des détails relatés dans l'observation? A l'autopsie on a bien trouvé du sang dans les poumons, mais cela se rencontre dans tous les cas de mort subite; d'ailleurs ce sang n'existait qu'en arrière, dans les parties déclives, et les poumons étaient crépitants et surnageaient. Ce malade n'est donc pas mort d'asphyxie, dans l'acception que l'on donne à ce mot.

A-t-il succombé à une syncope, c'est-à-dire à un affaiblissement momentané des battements du cœur? M. Richet ne le pense pas, car la syncope commence toujours par une pâleur du visage; ici rien de semblable, le visage était resté coloré. Ce chirurgien incline plutôt à croire qu'il a eu affaire, soit à ce que MM. J. Guérin et Robert ont appelé une sidération du système nerveux central, ayant déterminé un brusque arrêt de la circulation; soit à une paralysie locale du cœur et du poumon par une action directe du chloroforme sur le tissu de ces organes, comme dans les expériences de MM. Coze et Gosselin. Ce qui ferait pencher M. Richet vers cette dernière manière de voir, c'est que le tissu du cœur, comme celui du poumon, semblaient avoir perdu leur cohésion.

Quoi qu'il en soit de ces explications théoriques, dit M. Richet, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est cet arrêt brusque des mouve-

ments du cœur, presque aussitôt suivi de la suspension des mouvements respiratoires. Aussi n'hésite-t-il pas à dire, comme il l'a déjà écrit dans d'autres circonstances, lorsqu'il ne pouvait prévoir le terrible accident qui lui est arrivé, « que, dans quelques-unes des observa-» tions de mort par le chloroforme publiées jusqu'à ce jour, il semble » que son action s'est portée à la fois simultanément sur les muscles » volontaires et involontaires, et les malades ont été comme sidérés. »

Comme la discussion de ce fait intéressant est remise à la prochaine séance, plusieurs membres demandent à l'auteur quelques renseignements.

M. CAZEAUX demande à M. Richet combien il s'est écoulé de temps entre la cessation des battements du cœur et la cessation des mouvements respiratoires. Il lui est répondu : Sept ou huit inspirations.

M. HUGUIER désirerait savoir si le malade était habituellement exposé aux syncopes, s'il avait des contrariétés habituelles. M. Richet n'a point songé à ces questions ; il s'est seulement informé si le malade avait l'habitude de boire, et il lui a été répondu que non. M. Huguier engage M. Richet à prendre ces informations auprès de la famille, si cela lui est possible. Dans les cas de prédisposition à la syncope, M. Huguier se dispense de l'emploi du chloroforme.

M. CHASSAIGNAC demande si, dans les tentatives de respiration artificielle, on a fait l'insufflation bouche à bouche, et s'il existait des polypes dans le nez ; il est répondu négativement à la première question.

M. LARREY demande si on a noté dans quelle disposition morale était le malade : acceptait-il le chloroforme sans appréhension ?

M. RICHET dit que le malade n'avait point fait d'objection à l'emploi de l'agent anesthésique, et qu'il s'y est prêté de bonne grâce.

M. MARJOLIN désire savoir si, au moment où le pouls a manqué, on a renversé le tronc en bas ; il a obtenu ainsi de bons résultats à l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. RICHET répond que, le visage étant normal et n'y ayant point de syncope, il n'a point cru devoir le faire d'abord ; ce n'est que plus tard que ce moyen a été employé.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. FOLLIN présente un malade atteint de rétrécissement à l'anus à la suite d'une opération d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

Voici le fait :

P... (Louis-Pascal), âgé de cinquante et un ans, menuisier, occupe,

depuis le 14 janvier, le nº 38 de la salle Saint-Pierre, à l'hôpital Necker.

C'est un homme d'une constitution assez vigoureuse, quoique de figure pâle et un peu bouffie. Il est venu dans le service pour des tumeurs hémorrhoïdales rouges, turgescentes, douloureuses et irréductibles, symptômes qu'il n'avait pas encore éprouvés, bien qu'il eût ses hémorrhoïdes depuis longtemps. Après quelques jours de repos, qui diminuèrent le gonflement et rendirent l'intervention chirurgicale possible, M. Follin se détermina à lui enlever ses tumeurs au moyen de l'écraseur.

L'opération et ses suites se firent d'une façon régulière. Il sortit quinze jours après pour aller à Vincennes. Dans le trajet, et sous l'influence peut-être des cahotements de la voiture, il eut une hémorrhagie légère qui s'arrêta d'elle-même. C'est à sa sortie de Vincennes qu'il revint à la consultation, se plaignant de n'aller à la garde-robe que très-difficilement, ce qui devient pour lui un sujet de gêne continue. L'ouverture de l'anus est en effet considérablement rétrécie; l'extrémité du petit doigt y pénètre à peine, et l'on ne peut franchir le rétrécissement.

Le malade raconte que pour aller à la selle il est obligé de comprimer le périnée soulevé par le bol fécal, et d'exprimer ainsi ce dernier, qui traverse l'anus comme par une filière.

Du reste, pas de fissure ni de fistule, et la santé générale n'a subi encore aucune atteinte de l'affection qui l'a fait revenir à l'hôpital.

M. MOREL-LAVALLÉE désirerait savoir de M. Follin si pendant l'opération la chaîne n'a point été appliquée au delà des limites de la tumeur, et n'a point emporté une partie de muqueuse et de peau saine.

M. FOLLIN dit que c'est aux limites mêmes de la lésion que la chaîne a été appliquée.

M. CHASSAIGNAC constate d'abord que le malade n'est opéré que depuis deux mois, qu'il a pu introduire le petit doigt, et que le rétrécissement est formé par un cercle cutané peu étendu, facile à franchir; il pense, comme M. Morel, qu'il y a eu un peu de peau emportée pendant l'opération. En outre, le malade va à la selle avec des efforts et quelques difficultés. Mais M. Chassaignac pense que, quel que soit le procédé employé pour enlever ces tumeurs, il y a toujours une légère constriction de l'anus pendant quelque temps. Il n'a jamais vu un rétrécissement durable à la suite d'une opération faite avec la chaîne. Quant à celui présenté par M. Follin, il l'a constaté quelque-

fois, il l'a même décrit dans son ouvrage. M. Chassaignac prie plusieurs membres présents d'examiner ce malade, qui pourra devenir plus tard le point de départ d'une discussion sérieuse.

M. FOLLIN insiste pour dire que M. Chassaignac n'a point complété son interrogatoire du malade; il va, en effet, à la garde-robe, mais seulement avec diarrhée; pour M. Follin, ce malade est atteint d'un rétrécissement fibreux très-resserré.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. VERNEUIL présente une pièce relative à une amputation du col utérin par l'écraseur. Il fait remarquer qu'il y a quelque temps, dans une présentation faite par M. Robert, ce chirurgien avait pensé que la chaîne coupe en faisant un cône creux, dont la concavité est située sur la partie séparée. M. Verneuil, dans l'opération qu'il a pratiquée, a pu constater que ce cône creux est double, qu'il existe à la fois sur la partie amputée et sur la portion du col adhérente à l'utérus, et il cherche à en donner une explication d'après le mode d'action de l'instrument.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. MARJOLIN présente un instrument destiné à fixer et à dilater la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Il n'est pas, dit-il, toujours aussi facile qu'on le pense généralement, même en se conformant à tous les préceptes donnés dans les cours de médecine opératoire, d'introduire ou de replacer la canule. Cette difficulté provient de ce que le dilatateur que l'on emploie le plus habituellement ne peut fixer en même temps d'une manière convenable la trachée et dilater les bords de l'incision; il s'ensuit qu'au moindre mouvement souvent il abandonne la plaie, et qu'il faut faire de nouvelles tentatives pour le replacer.

Un autre désavantage de cet instrument, qui est toujours introduit avec la main droite, c'est que par sa forme il gêne beaucoup les manœuvres nécessaires pour l'extraction des fausses membranes ou de tout autre corps étranger existant dans l'intérieur de la trachée.

C'est pour remédier à ces divers inconvénients, et pour faciliter le manuel opératoire, que M. Marjolin a fait construire par M. Lüer un instrument dont la forme est la même que celle de l'aiguille courbe à manche de Deschamps.

A la face convexe des deux crochets mousses qui terminent l'instrument, il existe dans leur intervalle une rainure qui permet, dès que la trachée est ouverte, d'introduire à volonté l'instrument à l'aide de la

main gauche, sur la lame même du bistouri. Si on préfère laisser le doigt indicateur gauche sur l'incision, on se sert alors de l'instrument fait pour la main droite. Quelle que soit, du reste, la main dont on se serve pour introduire le dilatateur, il suffit, dès qu'il est placé, d'appuyer légèrement avec le pouce sur le petit aileron de la branche mâle pour que les deux branches de l'instrument s'écartent. L'introduction de la canule ou de tout autre instrument devient alors d'autant plus facile que les abords de la plaie sont libres, ou n'est plus gênée, comme avec le dilatateur habituel, par la main qui le tenait. De plus, l'instrument une fois placé, l'enfant a beau faire des mouvements, on est maître de la trachée; l'ouverture reste béante, et on est libre, suivant le besoin, d'attendre ou de terminer de suite l'opération. Ce dilatateur, qui est fort simple, d'un maniement très-facile, après avoir été essayé sur le cadavre, a été deux fois employé dans le service de M. Barthez, et dans ces cas il a semblé simplifier beaucoup les derniers temps de l'opération.

M. GIRALDÈS conteste la nécessité du but que M. Marjolin s'est proposé d'atteindre; il ne croit pas qu'il y ait une grande nécessité d'employer un instrument pour dilater la plaie de la trachée. Il va plus loin, le dilatateur lui paraît inutile; il préfère employer une canule armée d'un bout en caoutchouc que son ongle lui sert avec avantage à diriger. Il croit que ces instruments compliquent la trachéotomie.

— M. CHASSAIGNAC présente une tumeur volu[illegible]e du poids de 1,200 grammes, composée de tissu fibro-plastique [illegible]i est survenue en récidive après une première opération faite [illegible]lade, il y a trois ans, par M. Robert.

La tumeur siégeait à la partie inférieure et médiane de l'abdomen; elle n'avait aucune communication avec les viscères abdominaux; sa forme était globuleuse.

Elle a été enlevée par la méthode de l'écrasement linéaire, au moyen du procédé suivant:

Un trocart droit à canule fendue sur toute sa longueur a été introduit au-dessous de la tumeur, de manière à perforer la base de la tumeur en divisant cette base en deux moitiés. Le poinçon étant retiré, on a introduit dans la canule la chaîne d'un écraseur dont le côté mince répondait à la fente de la canule.

Une fois l'instrument mis en jeu, une des moitiés de la base de la tumeur s'est trouvée pédiculisée par la chaîne.

La canule du trocart a été tournée en sens inverse, et regardant

par sa fente l'autre moitié de la base qui a été pédiculisée de la même manière au moyen d'un second écraseur.

La canule étant retirée, les deux instruments ont marché simultanément, et ont effectué l'ablation totale dans un espace de sept ou huit minutes et sans effusion de sang.

Malgré la vaste surface traumatique produite par la plaie d'écrasement, la malade, arrivée au dixième jour, n'a éprouvé aucun accident : elle est en pleine voie de guérison.

Ce procédé, que M. Chassaignac emploie pour l'ablation des tumeurs du sein quand leur base n'est pas trop volumineuse, a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. Lorsque la peau, condensée par la chaîne de l'écraseur, offre une trop grande résistance, le bistouri porté à plat au niveau de la chaîne lève toute difficulté opposée à la marche de l'instrument.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 27 janvier 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

M. Legouest [illegible]plit les fonctions de secrétaire à la place de M. Alp. Guérin, ind[illegible]

M. CHAS[illegible]AC, à propos du procès-verbal de la dernière séance, demande à[illegible]uelques observations.

Je crois, [illegible]. Chassaignac, devoir donner à la Société quelques explications sur les résultats de l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire, qui, chez le malade présenté à la Société il y a huit jours par M. Follin, a provoqué un rétrécissement de l'anus.

Le rétrécissement de cet orifice m'a beaucoup préoccupé comme suite possible de l'écrasement linéaire, et je crois pouvoir affirmer que lorsque cet accident survient, ce n'est pas la méthode qu'il faut en accuser, mais le procédé suivant lequel elle a été employée. L'écrasement linéaire peut être, en effet, appliqué de deux manières aux hémorrhoïdes :

1° En comprimant circulairement dans la chaîne de l'instrument tout le pourtour de l'anus, de façon à enlever un anneau complet plus ou moins large, dont la limite inférieure est constituée par la section

de la peau, et la supérieure, plus ou moins profondément située, par la section de la muqueuse rectale;

2° En n'enlevant qu'une partie du pourtour de l'anus, sur l'un des côtés duquel le paquet hémorrhoïdal s'est développé.

La méthode de l'écrasement linéaire comprend donc deux procédés, l'un circulaire ou annulaire, l'autre latéral.

Le procédé annulaire peut être suivi de rétrécissement de l'anus; le procédé latéral ne donne pas lieu à ces inconvénients. Mais le rétrécissement qui suit le procédé annulaire n'est pas très-notable, et j'ai pu m'en assurer dans cinquante-sept observations où les opérés allaient facilement à la garde-robe et n'éprouvaient aucune incommodité de leur légère coarctation anale. J'ai voulu voir comparativement les résultats du procédé latéral, et l'expérience m'a démontré que si ce procédé est plus rarement suivi de rétrécissement que le premier, les opérés, néanmoins, après un certain laps de temps, se trouvent dans les mêmes conditions, la coarctation consécutive au procédé annulaire étant facile à dilater par l'introduction de mèches dans l'anus, et la dilatation étant obtenue d'elle-même par les fonctions de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Je serais le premier à provoquer l'abandon du procédé circulaire, si une expérience plus étendue venait infirmer mes observations sur le peu d'importance et le caractère passager des rétrécissements qui lui sont reprochés. Les plaies résultant de l'écraseme[illegible]ire ont, à mon avis, un mode de cicatrisation qui met leurs cica[illegible] l'abri de la rétraction ultérieure; aussi pensé-je que le procédé [illegible]ire doit être conservé jusqu'à ce que l'évidence en soit venue [illegible]mptoirement démontrer les inconvénients.

Le rétrécissement dont est atteint le malade de M. Follin ne date que de deux mois; il est peu considérable, n'occasionne aucun trouble, et les faits précédemment signalés font supposer qu'il pourra se dilater et ne persistera pas longtemps.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion d'opérer des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, sur un malade qui présentait un certain nombre de tumeurs : deux de ces tumeurs, l'une en avant de la marge de l'anus, l'autre en arrière vers le coccyx, étaient de petit volume; deux autres, situées latéralement de chaque côté de l'anus, étaient considérables. J'ai cru devoir profiter des incisures qui séparent les lobes hémorrhoïdaux pour ne saisir dans la chaîne de l'écraseur que les deux grosses tumeurs, en respectant les petites, et en conservant ainsi plu-

sieurs points muqueux pour interrompre la continuité de l'anneau cicatriciel. Le malade a guéri sans accidents ultérieurs.

Je suis d'autant plus enclin à préférer le procédé latéral au procédé annulaire, que les hémorrhoïdes sont quelquefois tellement développées, qu'on se trouve dans l'alternative, ou de couper dans le tissu variqueux même, ce qui peut compromettre le succès de l'opération, ou de remonter très-haut dans l'anus, afin de faire porter la suture sur un tissu sain; dans ce dernier cas, la perte de substance annulaire qu'on fait éprouver au pourtour de l'anus n'a pas moins de 2 ou 3 centimètres de hauteur, et ne peut se cicatriser sans provoquer un notable resserrement de l'orifice.

Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac sur le malade de M. Follin; il existe manifestement chez cet homme un rétrécissement qui, si minime qu'il soit, peut amener des accidents graves à la moindre apparition d'inflammation.

M. FOLLIN. Je considère le rétrécissement de mon malade comme très-resserré, très-solide et très-résistant, car les moyens dont je me suis servi pour le dilater, et en particulier l'introduction dans l'anus de mèches et de morceaux d'éponge préparée, conseillés par M. Chassaignac, n'ont eu sur lui aucune action.

Ayant suivi pour opérer mon malade le procédé annulaire, je pense que, en raison de l'infirmité qu'il a provoquée, ce procédé doit être abandonné; le fait que j'ai produit n'est point un fait isolé et exceptionnel, et M. [illegible]rie, mieux placé que personne pour constater les résultats défi[illegible]es opérations pratiquées dans les hôpitaux, a vu plusieurs ca[illegible]gues à l'Asile impérial de Vincennes. Voici, du reste, une nouvelle observation à l'appui de mon opinion :

Dumoulins (Marie-Georges), âgé de quarante-cinq ans, serrurier, demeurant rue Jolivet, nº 7, à Montrouge, né à Paris, est entré, dans le courant de l'année 1858, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, service de M. Manec, pour se faire traiter d'un rétrécissement anal, compliqué d'une fistule.

Voici dans quelles circonstances ce rétrécissement est survenu :

Au dire du malade, il serait entré une première fois à l'hôpital Lariboisière le 22 septembre 1855, et en serait sorti le 4 décembre de la même année. Dans cet intervalle il a été opéré le 1er octobre d'un polype anal, dont l'ablation fut faite à l'aide du bistouri, et trois semaines après d'une tumeur hémorrhoïdale, à l'aide de l'écraseur.

Au moment de sa sortie, dont l'époque a été indiquée, il éprouvait déjà de grandes difficultés pour aller à la selle, et cette difficulté s'exa-

gérant, il se décida à rentrer de nouveau à Lariboisière le 22 janvier 1856.

Le rétrécissement était assez développé pour que le toucher rectal fût extrêmement pénible et toujours suivi d'une légère perte de sang; pénible même à ce point, que le malade, à son dire, préféra garder son infirmité plutôt que de se soumettre à de nouvelles explorations. Il sortit de son plein gré quatre jours après sa rentrée.

Il vécut ainsi souffrant sans cesse, et cherchant de temps à autre, dans les hôpitaux, à la Pitié en 1857, à la Charité en 1858, époque à laquelle nous le voyons, une guérison à sa maladie.

Le rétrécissement est formé par la cicatrice linéaire consécutive à l'opération.

L'introduction du petit doigt ne peut se faire sans éveiller une vive douleur. — Au-dessus du rétrécissement, il existe une dilatation ampuliforme du rectum que le malade indique lui-même par la sensation que lui fait éprouver le bol fécal.

A gauche de la marge de l'anus se trouve une ouverture fistuleuse que le stylet parcourt en accusant un décollement considérable du rectum. — Le malade est tuberculeux.

Ainsi donc, des rétrécissements de l'anus peuvent succéder à l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire employé circulairement, et ces rétrécissements, loin d'être aussi légers et de disparaître aussi facilement qu'on est porté à le croire, sont quelquefois très-notables, opiniâtres, fibreux et très-résistants; c'est pourquoi je m'étonne que l'on persiste à mettre en usage le procédé annulaire, dont j'admets volontiers les modifications que vient de rappeler M. Chassaignac, et j'engage mes collègues à faire connaître le résultat de leurs observations sur ce sujet.

M. RICHARD. Je pense qu'un rétrécissement de l'anus qui n'admet que le petit doigt, comme celui du malade de M. Follin, est une affection sérieuse : j'ai fait onze fois l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire, que je considère comme une excellente méthode opératoire; j'ai toujours employé le procédé annulaire, et, une fois seulement, j'ai vu survenir un rétrécissement de l'anus chez une malade atteinte d'hémorrhoïdes considérables, très-difficiles à limiter et à circonscrire par l'anse de fil destinée à les pédiculiser.

Je fus dans ce cas obligé de sacrifier une partie de la peau de la marge de l'anus. Des inconvénients, dus à un rétrécissement, survinrent avant la fin de la cicatrisation; ils augmentèrent graduellement et obligèrent la malade à rentrer à l'hôpital. Je fendis le rectum depuis

la limite supérieure du rétrécissement jusqu'au coccyx ; néanmoins les accidents se reproduisirent, et la malade sortit du service avec son infirmité. Je me propose, si l'occasion s'en présente, d'appliquer l'autoplastie à ce rétrécissement de l'anus, que je considère comme incurable par tout autre moyen.

J'attribue à la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de comprendre la peau dans la chaîne de l'écraseur, l'accident survenu chez cette femme, accident dont je m'étonnerais si je n'avais agi que sur la membrane muqueuse.

M. HOUEL. J'ai par devers moi une observation tout en faveur de la manière de voir de M. Chassaignac, qui a certainement rendu un très-grand service à la thérapeutique chirurgicale des hémorrhoïdes, en appliquant l'écrasement linéaire à cette affection. Je connais un malade qu'opéra M. Chassaignac lui-même par le procédé annulaire, avec ablation d'une grande étendue de la muqueuse ; il eut, il faut bien le dire, une hémorrhagie assez abondante en allant à la selle pour la première fois ; la suppuration fut de longue durée et la cicatrisation fut suivie d'un rétrécissement passager, qui ne persista que deux mois environ. Ce malade fut traité par une dilatation modérée ; il est aujourd'hui très-bien rétabli, et depuis cinq ans sa guérison ne s'est point démentie.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai trouvé dans le service de M. Lenoir, dont je suis momentanément chargé, un malade opéré d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, et qui est atteint consécutivement d'un rétrécissement fibreux pouvant admettre à peine une sonde de femme ; j'avoue que cette affection est pour moi une chose des plus épineuses.

La section partielle des tumeurs hémorrhoïdales, ou, si l'on veut, le procédé latéral, ne me paraît pas devoir s'opposer aux rétrécissements de l'anus ; car les rétrécissements de l'urèthre, dans lesquels les parois du canal ne sont pas tout entières altérées circulairement, et conservent souvent des ponts de muqueuse sains, n'en sont pas moins des rétrécissements avec tout leur menaçant cortége.

J'aurais plus de confiance dans la précaution qui consisterait à assigner les limites les plus étendues que possible à la surface suppurante ; ce but peut être atteint en introduisant dans l'anus une mèche assez volumineuse pour amener la dilatation complète de son orifice, et en la maintenant en place jusqu'à parfaite cicatrisation.

J'ai employé cette méthode sur trois malades ; deux sont complétement guéris et le troisième est encore en traitement. Mes malades étaient exsangues, considérablement affaiblis, et il m'eût été imposi-

ble de les opérer par toute autre méthode que l'écrasement linéaire ; aussi, malgré les inconvénients qui lui sont reprochés, je la considère comme une ressource précieuse dans les cas analogues à ceux que je viens de signaler.

M. LE PRÉSIDENT rappelle à la Société qu'elle doit se constituer en comité secret, et lui propose de remettre la continuation de la discussion à la prochaine séance, en conservant aux orateurs inscrits l'ordre dans lequel ils ont demandé la parole.

La proposition de M. le président est adoptée.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance :

Mme veuve Gensoul adresse à la Société une notice sur la vie scientifique de feu M. le professeur Gensoul (de Lyon).

— M. Verneuil fait hommage à la Société de son mémoire intitulé *Etudes de physiologie pathologique ; Examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes*. Paris, 1859 ; in-8°.

L. Ollier, *Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os après les résections*. Paris, 1858, in-8°.

J. P. Gama, *Lettre sur le service de santé militaire*. Vaugirard, 1859, in-8°.

Normond Dufié, *Essai sur l'anesthésie provoquée appliquée aux opérations chirurgicales et aux accouchements*. Paris, 1858, in-8°.

— M. Dolbeau envoie à la Société les deux ouvrages suivants, dont il est l'auteur :

1° *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens*. Paris, 1858, in-8°.

2° *Des tumeurs cartilagineuses de la prostate et de la région parotidienne*. Paris, 1858, in-8°.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Morin, un mémoire de ce dernier intitulé *Le Camp de Châlons en 1858, au point de vue hygiénique et médical*. Paris, 1858, in-8°.

— M. Giraldès transmet à la Société, de la part du conseil de la Société médico-chirurgicale de Londres, le 33e volume de la 2e série des *Medico-chirurgical Transactions London*, 1858, in-8°, et les deux premiers fascicules des *Proceedings of the royal medical and chirurgical Society of London*.

— MM. les rédacteurs de la *Clinique européenne* adressent les numéros de leur journal du mois de janvier 1859.

M. DANYAU rappelle que M. Letenneur a adressé à la Société de chirurgie un mémoire sur l'anévrysme cirsoïde, qu'il croit assez intéressant pour en demander la lecture.

M. BROCA. L'observation de M. Letenneur a été envoyée à la Société au moment où un assez grand nombre de mémoires n'ayant pu, faute de place, être insérés dans les *Bulletins*, ont été remis au comité de publication pour statuer sur leur future destination. J'appuie la proposition de M. Danyau, et je communiquerai dans la séance prochaine, à la Société, l'observation très-intéressante de M. Letenneur.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOUVIER présente un malade qu'il a opéré de deux pieds-bots il y a dix-huit ans.

Ce jeune homme est né le 15 juillet 1839 avec deux pieds-bots *varus* très-prononcés; le moule du pied gauche, que voici, pris à l'âge d'un an, montre quelle était la difformité. Je fis la section des tendons d'Achille le 15 août 1840, et appliquai un appareil mécanique. Le redressement fut complet à la fin de la même année, et le second moule du pied gauche pris dans le courant de l'année suivante fait voir le résultat obtenu. L'enfant a marché seul à la fin do 1841, ayant alors un peu plus de deux ans. On lui mit des brodequins ordinaires, et on appliqua encore les petits appareils mécaniques, la nuit seulement, pendant un an environ. Je cessai de le voir pendant douze ans, de 1843 à 1855.

Aujourd'hui le jeune homme, qui a près de vingt ans, est dans l'état suivant :

Les jambes sont grêles, les muscles peu développés, quoique tous se contractent avec énergie sous l'influence de la volonté. A en juger par la conformation extérieure, on ne se douterait pas qu'il a existé une torsion des pieds; la concavité plantaire est seulement peu marquée. Cependant les mouvements et les fonctions du pied sont loin d'être à l'état normal.

L'articulation tibio-tarsienne ne jouit que d'une mobilité assez bornée; la flexion, quoiqu'un peu plus limitée que dans l'état physiologique, surtout au pied gauche, est plus libre que l'extension, qui dépasse peu l'angle droit. L'articulation astragalo-calcanéenne a subi l'influence de cette plus grande tendance du pied à la flexion, et comme,

suivant la juste remarque de M. Duchenne (de Boulogne), l'obliquité des facettes correspondantes de l'astragale et du calcanéum ne permet à ce dernier os de se fléchir sur le premier qu'en se relevant en dehors, on observe un léger commencement d'abduction permanente du pied; une disposition légère au *valgus*, principalement au pied gauche, où la résistance de l'articulation tibio-tarsienne était plus grande. Le talon gauche est, à la vérité, aussi droit que l'autre, et ne se renverse pas sensiblement en dehors; mais il existe une dépression marquée au cou-de-pied, près de la malléole externe, et le côté interne de l'articulation scaphoïdo-astragalienne est un peu plus saillant qu'à l'ordinaire.

Ce jeune homme ne peut faire de longues marches sans souffrir dans le voisinage de la malléole externe; il ne peut se chausser qu'avec des brodequins, qui soutiennent mieux que des souliers les articulations du tarse.

Cet état ne paraît s'être développé que depuis peu d'années, et la marche était autrefois exempte de douleurs.

Ce fait m'a paru offrir de l'intérêt en raison du long espace de temps écoulé depuis le traitement. Il fait voir la nécessité de suivre les enfants, en pareil cas, jusqu'à la fin de l'accroissement, et il montre aussi combien il importe d'amener un juste équilibre entre la flexion et l'extension; car si celle-ci prédomine, elle peut reproduire une partie de la difformité; et si c'est la flexion, il peut en résulter une déformation opposée.

M. LARREY. Je trouve le résultat obtenu par M. Bouvier très-satisfaisant, et je n'ai vu aucun cas analogue chez les nombreux conscrits que j'ai été appelé à visiter. Malgré la bonne conformation de ses membres, ce jeune homme est impropre au service militaire.

M. GUERSANT. Je désirerais savoir de M. Larrey si, précisément en raison de toute absence de difformité, ce jeune homme ne pourrait pas être reconnu propre au service par un conseil de révision.

M. LARREY. Je ne pense pas qu'aucun de mes confrères de l'armée bornât son examen à la forme des membres, sans s'assurer de l'intégrité des fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. Eclairé par l'avis motivé du médecin, le conseil de révision n'admettrait pas ce jeune homme dans les rangs de l'armée.

M. RICHARD demande si le résultat atteint sur ce jeune homme est le résultat communément obtenu; s'il en est de moins bons, s'il en est au contraire de plus satisfaisants, et si M. Bouvier pourrait donner une statistique de ceux qu'il connaît.

M. BOUVIER considère ce résultat comme un résultat intermédiaire aux bons et aux mauvais, dont il n'a pas, du reste, de statistique.

M. DEMARQUAY a vu une dame opérée d'un pied-bot *varus* à l'âge de vingt ans ; dix ans après, elle éprouvait des difficultés dans la marche, et le pied se tournait un peu en dehors : elle va bien néanmoins aujourd'hui, grâce à l'emploi d'un tuteur mécanique, et de l'usage répété des eaux de Bourbonne.

— La Société se constitue en comité secret à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 2 février 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Les orateurs inscrits dans la dernière séance pour prendre part à la discussion sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire ayant conservé leur rang d'inscription, la parole est donnée à M. Chassaignac.

M. CHASSAIGNAC. Avant de renoncer tout à fait au procédé circulaire dans l'application de l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales, je pense qu'il faudrait des faits plus nombreux de rétrécissement consécutif de l'anus que ceux qui viennent d'être signalés, et qu'il devrait être bien établi que le rétrécissement survient alors même que les précautions que je vais indiquer ont été observées.

La section par l'écraseur ne devra porter que sur la muqueuse, les rétrécissements consécutifs dans ces cas n'étant que temporaires.

On pourra ne faire que des ablations partielles des tumeurs hémorrhoïdales en conservant des ponts muqueux entre les plaies isolées résultant de l'application de l'écraseur.

En troisième lieu, les opérations pourront être faites en deux fois, et en mettant entre chacune d'elles un temps plus ou moins considérable.

Les faits rapportés par MM. Richard et Houel déposent en faveur de l'opération par le procédé circulaire; le premier de nos confrères, en effet, n'a constaté qu'un seul rétrécissement sur les onze malades qu'il a opérés de cette manière, et le dernier a vu céder un rétrécissement aux moyens chirurgicaux ordinaires de dilatation, moyens aux-

quels j'accorde, pour ma part, plus de confiance que quelques-uns de nos honorables collègues.

Lorsque j'ai publié les 57 observations dont j'ai parlé précédemment, je n'avais encore vu aucun rétrécissement durable; je me suis cru dans le vrai avec la plus grande bonne foi, mais je n'ai point engagé l'avenir, que les faits de ma pratique ne me permettaient pas de prévoir.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance :

M. BOUVIER dépose un exemplaire de son second discours sur la trachéotomie, intitulé : *De la trachéotomie dans le croup*. Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Costes (de Bordeaux) adresse un exemplaire de son mémoire intitulé : *Des tumeurs emphysémateuses du crâne*. Bordeaux, 1858, in-8°.

— La discussion est reprise.

M. GOSSELIN a employé l'écraseur linéaire pour le traitement des hémorrhoïdes douloureuses et saignantes, et plus particulièrement pour ces cas d'hémorrhoïdes internes ou muqueuses devenues extérieures, après avoir franchi le sphincter, qui les a étranglées un certain nombre de fois, et ensuite s'est laissé dilater par elles; hémorrhoïdes internes ou muqueuses presque toujours accompagnées d'un bourrelet d'hémorrhoïdes externes ou cutanées. Mais il a toujours pensé que la section circulaire, comprenant tout à la fois le bourrelet interne et le bourrelet externe, pouvait avoir le double inconvénient d'exposer, par l'étendue de la plaie, à l'infection purulente, et, par sa forme circulaire, au rétrécissement du rectum. C'est pourquoi, chez les six malades sur lesquels il a employé l'écrasement linéaire, il a fait subir à la méthode deux modifications principales.

La première a consisté à respecter les hémorrhoïdes cutanées et à n'enlever que les hémorrhoïdes muqueuses, quelle que fût leur congestion.

M. Gosselin a été conduit à cette pratique par l'observation des malades qu'il avait traités autrefois par le fer rouge, et chez lesquels la cautérisation n'avait nullement atteint les hémorrhoïdes externes. Ces sujets avaient été bien guéris, et n'éprouvaient aucun inconvénient de la persistance de leurs hémorrhoïdes cutanées.

La seconde a consisté à faire sur les hémorrhoïdes muqueuses des

sections partielles au lieu d'une section circulaire, c'est-à-dire à enlever successivement les trois ou quatre points les plus boursouflés de la membrane muqueuse, comme l'a fait une fois, de son côté, M. Verneuil. Dans toutes les observations, les résultats ont été on ne peut plus satisfaisants; l'inflammation consécutive a été modérée et peu douloureuse, et les malades n'ont pas eu de rétrécissement du rectum.

On peut objecter à la première de ces modifications que la persistance des hémorrhoïdes cutanées expose le malade à la congestion de ces hémorrhoïdes, à la production d'écorchures ou de fissures douloureuses sur leur surface. Il n'en a pas été ainsi sur les opérés de M. Gosselin. Mais si pareille chose arrivait plus ou moins longtemps après la guérison des hémorrhoïdes internes, il n'hésiterait pas à faire la section avec les ciseaux, opération très-simple, et qui n'offre aucun des dangers qu'on pourrait craindre si l'on agissait de la même façon sur la muqueuse rectale.

Quant à la seconde modification, on peut lui reprocher de demander plus de temps que la simple section circulaire. M. Gosselin, pour parer à cet inconvénient, s'est servi, dans ses dernières opérations, de plusieurs écraseurs, tantôt deux, tantôt trois, et de cette façon la manœuvre n'a pas été beaucoup plus longue qu'avec un seul instrument.

L'opération a été moins brillante, sans doute, que celle de M. Chassaignac, savoir, la section circulaire; mais elle a été plus sûre dans ses résultats.

M. DEPAUL. J'ai cru un instant que le malade de l'hôpital Necker, que M. Morel-Lavallée a vu dans le service de M. Lenoir, et qui est atteint d'un rétrécissement de l'anus, avait été opéré par moi; mais il résulte des informations prises qu'il a été opéré par M. Chassaignac lui-même.

J'ai opéré par l'écrasement linéaire, auquel je rends toute la justice qui lui est due, trois malades atteints d'hémorrhoïdes, et je crois être un des premiers qui aient appliqué ce mode opératoire à l'ablation du col de l'utérus.

Un de mes opérés, encore jeune, que je crus guéri et qui nous quitta comme tel, fut vu plus tard par M. Lenoir, qui constata chez lui un rétrécissement. Mais ce malade, ayant été examiné à une époque plus reculée, n'éprouvait aucune gêne du côté de l'anus, et ne doit pas être compris, par conséquent, au nombre des rétrécis.

Les trois cas qui se sont offerts à mon observation, pendant l'année 1857, sont donc trois cas heureux, et dans lesquels j'ai toujours opéré

sur la muqueuse seulement, faisant suivre l'opération de l'introduction de mèches dans l'anus.

M. RICHET. J'ai vu le malade de M. Follin ; j'ai trouvé chez lui une atrésie de l'anus portant sur la muqueuse et sur la peau, et formant sur le doigt qui le pénètre une bague étroite et solide ; aussi je crains fort que ce rétrécissement ne persiste.

C'est précisément parce que je considère l'écrasement linéaire appliqué aux hémorrhoïdes comme une excellente opération, que je crois utile d'en discuter les avantages et les inconvénients.

Avant d'avoir vu des rétrécissements consécutifs à cette opération, j'en avais entendu parler dans une consultation avec M. Ricord, qui me propòsa, pour y obvier, des sections partielles de la muqueuse. J'adoptai cet avis ; mais au lieu d'en faire usage dans l'application de l'écraseur, je le mis à profit en me servant du cautère électrique, et je fis avec l'anse de platine galvano-caustique quatre ou cinq sections partielles qui ne déterminèrent aucune hémorrhagie, et furent pratiquées avec une grande rapidité.

J'ai fait depuis cette époque huit opérations analogues, qui furent suivies de succès durables et aussi complets que possible.

Aussi me suis-je demandé si la cautérisation électrique ne pouvait pas avantageusement remplacer l'écrasement linéaire. Chauffé au rouge brun et manié avec lenteur, le cautère coupe néanmoins les tissus plus promptement que l'écraseur, et la cicatrisation des plaies qui succèdent à son action détermine la formation d'un tissu inodulaire plus rétractile, très-propre à prévenir les récidives.

Quant à l'opinion qui consiste à respecter les hémorrhoïdes externes dans les opérations, elle ne saurait me rallier ; je crois que les hémorrhoïdes externes peuvent donner lieu à des accidents nouveaux et à la chute du rectum.

M. LARREY. *L'écrasement linéaire*, que j'appellerais volontiers *circulaire*, appliqué aux hémorrhoïdes, constitue aujourd'hui une méthode de traitement dont la valeur ne semble plus contestable pour les chirurgiens. On peut lui reprocher, comme dans la discussion actuelle, quelques inconvénients, et surtout celui de provoquer un rétrécissement annulaire de l'orifice anal. Plusieurs de nos collègues en ont cité ou démontré des exemples, que M. Chassaignac lui-même ne conteste point. Mais il ne faudrait pas exagérer les conséquences de cette infirmité secondaire, puisqu'il est possible de la prévenir ou du moins de la diminuer par des précautions convenables dans le mode

opératoire ou dans le pansement. Il n'y a donc pas là d'ordinaire un inconvénient sérieux.

Le rétrécissement consécutif de l'anus me semble au contraire offrir un avantage réel dans certains cas, et voici comment : Nous savons tous que les tumeurs hémorrhoïdales se compliquent assez souvent de procidence du rectum, et que cette complication peut embarrasser le traitement. Or, si l'écrasement linéaire ou circulaire est appliqué à des cas de ce genre ; si on cherche même, au lieu de l'éviter, à détacher une languette de peau avec la masse hémorrhoïdale, en y comprenant au besoin un repli de la muqueuse, le rétrécissement qui devra s'ensuivre, et que l'on pourra du reste modifier favorablement, n'aura-t-il pas pour avantage de remédier à l'infirmité secondaire?

Ce n'est pas là d'ailleurs une vue théorique de ma part, c'est le résultat de l'observation d'un fait compliqué. J'avais été appelé, il y a trois ans, à donner des soins à un ancien officier atteint non-seulement d'hémorrhoïdes avec procidence du rectum, mais d'un cancer intestinal auquel il devait succomber plus tard, sans qu'il en soupçonnât la gravité. Tout son mal, pour lui, c'était la gêne ou la douleur produite par la tumeur externe et irréductible, avec incontinence de matières stercorales. Je l'en débarrassai à l'aide de l'écraseur, en suivant bien les indications données par M. Chassaignac. De plus, une languette de peau et de muqueuse fut comprise dans l'ablation des hémorrhoïdes. Il s'ensuivit un rétrécissement anal peu prononcé, mais suffisant pour prévenir une nouvelle procidence du rectum, et diminuer sensiblement l'issue des matières stercorales, d'ailleurs liquides, en permettant au malade de prolonger son existence moins péniblement pendant plusieurs mois encore.

Il semble donc qu'il y ait là une indication nouvelle à l'emploi de l'écrasement linéaire ou circulaire.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion de voir un des malades opérés par M. Richet au moyen de la galvano-caustique ; ce malade avait eu des hémorrhagies abondantes, il était exsangue.

Je serais heureux de voir une discussion s'ouvrir sur les résultats comparatifs obtenus par le cautère électrique et par l'écrasement linéaire, que je préfère au premier moyen. J'ai fait d'assez nombreuses recherches sur les rétrécissements de l'anus succédant aux opérations, et je demande la parole pour les exposer dans la prochaine séance.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ayant vu survenir une hémorrhagie pendant une opération avec l'écraseur, j'ai substitué à cet instrument, dans les circonstances qui nous occupent, un serre-nœud portant un fil métal-

lique double et tordu sur lui-même. J'attribue au serre-nœud deux avantages : il met plus sûrement à l'abri des hémorrhagies ; il n'a pas besoin, comme l'écraseur, d'un fil pour pédiculiser préalablement les tumeurs, qui peuvent être saisies facilement et à de grandes profondeurs par le fil métallique même. J'ai fait disposer pour ces opérations des serre-nœuds et des fils plus solides que les instruments ordinaires, exposés à se rompre assez facilement.

Au lieu d'employer l'électricité comme moyen caustique, je m'en suis servi comme moyen anesthésique, parce que ce moyen est tout à fait innocent chez les sujets exsangues, et que le chloroforme est dangereux. J'ai toujours obtenu de très-bons résultats ; mes malades n'ont éprouvé que la douleur résultant du courant électrique ; au moment même de l'opération ils ont bien semblé souffrir davantage, mais pas assez néanmoins pour apprécier la douleur provoquée par l'action de l'instrument, et pour la différencier de celle qui résulte des inégalités fréquentes et rapides du courant galvanique.

M. BOINET expose en quelques mots un procédé d'opérer les hémorrhoïdes qu'il a mis en usage avec un succès durable, et qui consiste à pincer et à froisser entre les mors d'une pince à pansement la base de la tumeur hémorrhoïdale, que l'on ponctionne ensuite avec une lancette.

M. BROCA, bien que grand partisan de la galvano-caustique, préfère employer l'écrasement linéaire pour opérer les hémorrhoïdes. Les instruments qui servent à pratiquer la cautérisation électrique étant encore peu connus, et leur emploi peu familier à la plupart des chirurgiens, il propose à la Société d'en faire la démonstration dans une des prochaines séances.

M. GIRALDÈS appuie la proposition de M. Broca, et combat celle qu'a faite précédemment M. Verneuil de discuter les résultats opératoires du cautère électrique, par la raison que trop peu de chirurgiens ont encore mis, à l'heure qu'il est, ce nouvel agent en usage pour qu'une discussion sur ce sujet soit vraiment profitable.

M. VERNEUIL croit sa proposition suffisamment motivée, par cela seul que plusieurs membres de la Société, ayant employé la cautérisation électrique, sont en mesure de donner leur avis sur ce nouveau procédé : il est approuvé par M. Morel-Lavallée.

M. CHASSAIGNAC reprend la parole pour remercier ses collègues, et en particulier M. Larrey, de l'appréciation favorable qu'ils ont faite de l'écrasement linéaire Il répond ensuite aux observations qui ont été faites.

Le malade atteint de rétrécissement auquel M. Richet a fait allusion, et qu'il a vu avec M. Ricord, a été vu plus tard par M. Chassaignac ; il n'avait plus de rétrécissement. M. Chassaignac pense donc qu'il faut suivre les malades pendant un certain temps, afin de constater leur état à une période assez éloignée de l'opération pour que les effets de celle-ci puissent être considérés comme définitifs.

M. Chassaignac ne s'étonne pas des résultats obtenus par l'application du cautère électrique ; mais n'ayant aucune expérience de ce moyen, il ne saurait établir de faits comparatifs entre lui et l'écrasement linéaire.

Les serre-nœuds, dont M. Morel fait le plus grand cas, sont passibles du reproche grave de ne pouvoir être essayés, par la raison que les expériences auxquelles on les soumettrait pour constater leur solidité les mettraient hors de service.

Le bris de l'instrument pendant l'opération expose à des hémorrhagies, et le mode d'action des serre-nœuds fait qu'ils arrachent des languettes de peau qu'ils entraînent dans leur coulisse, ce qui n'arrive pas avec l'écraseur.

— M. VERNEUIL présente une observation de M. Michaux (de Louvain) sur les tumeurs sanguines de la voûte du crâne communiquant avec la circulation intra-crânienne.

M. LARREY, à l'occasion de l'observation précédente, rappelle qu'un des premiers il a signalé des tumeurs de cette nature, comme le constatent les faits rapportés dans la thèse de M. Léon Dufour, médecin aide-major autrefois attaché à l'hôtel des Invalides. Les phénomènes que M. Larrey a décrits étaient les mêmes que ceux observés par M. Michaux, et, comme ce dernier chirurgien, il pensait déjà qu'aucun traitement ne devait leur être opposé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BOUVIER présente une articulation coxo-fémorale recueillie sur une petite fille malade depuis plus d'un an, et morte de méningite tuberculeuse. Cette articulation fait voir une altération qu'on est appelé à constater rarement : c'est uue synovite simple. MM. Verneuil et Robert ayant précédemment avancé que, toutes les fois que la bonne conformation des membres peut être rétablie sans résistance sous la seule influence du chloroforme chez les sujets atteints des difformités initiales de la coxalgie, l'articulation n'est point malade, M. Bouvier pense que le fait dont il rend compte doit infirmer cette opinion. Il a pu chez sa

petite malade obtenir sans résistance, pendant l'anesthésie, une régularité parfaite de la hanche, et néanmoins la synoviale articulaire était altérée. L'état inflammatoire de la synoviale peut donc exister pendant plus d'un an sans faire de progrès sensibles, et sans provoquer de résistance dans les tentatives de redressement des membres.

M. GUERSANT, à propos d'un petit malade atteint d'un bec-de-lièvre, présenté dans une séance précédente, rapporte un fait à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui pensent que les opérations de bec-de-lièvre compliqué, pratiquées à une époque très-rapprochée de la naissance, ne sont pas heureuses dans leurs résultats.

Un insuccès a suivi récemment une opération faite avec la plus grande habileté par M. Desormeaux, dans les circonstances qui précèdent.

Un échange de renseignements entre MM. Guersant, Marjolin et Desormeaux, apprend que l'enfant dont il s'agit était atteint de convulsions depuis sa naissance; que cet accident avait été soigneusement caché par les parents à MM. Guersant et Desormeaux; et que M. Marjolin, en raison de cette contre-indication, avait refusé de l'opérer lorsqu'il lui avait été présenté à l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. GIRALDÈS pense que l'échec signalé par M. Guersant ne détruit pas le principe qui pose en précepte d'opérer le plus tôt possible. Quand les enfants sont malades, il ne faut pas opérer; mais quand ils sont bien portants, rien n'empêche de le faire, car il a connaissance d'opérations de bec-de-lièvre encore plus compliqué que celui dont parle M. Guersant, qui ont été suivies de succès.

M. MARJOLIN a suivi tous les enfants qui lui ont été présentés, et il a vu succomber tous ceux qui n'avaient pas été opérés et qui présentaient une faiblesse générale ou quelque autre vice de conformation. Ceux qui ont survécu ont été opérés six ou sept mois après la naissance, alors que les conditions premières dans lesquelles ils se trouvaient s'étaient améliorées. M. Marjolin rapporte qu'il a constaté, trois ou quatre fois, sur des becs de-lièvre, un commencement de réunion, survenu pendant la vie intra-utérine.

M. DESORMEAUX a vu des cas semblables; chez un enfant primitivement atteint de bec-de-lièvre double qui s'était réuni d'un côté pendant la vie intra-utérine et qui fut opéré du côté opposé, il eût été difficile, pour un autre que pour l'opérateur lui-même, de distinguer quel était celui des deux côtés qui avait subi l'opération chirurgicale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Séance du 9 février 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE SECRETAIRE GENERAL donne lecture de la correspondance :
Remarques sur la fièvre qui survient après les opérations pratiquées sur l'urèthre. Lyon, 1858. In-8°.

— *Leçons sur les appareils à fracture et à compression.* (Appareils polydactyles.) Paris, 1859. In-8°.

— M. le docteur J. Collin, ancien interne des hôpitaux d'Aix, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Essai pratique sur la blennorrhagie et le chancre.* (Montpellier, concours de 1858-1859.)

— M. le docteur Gibert, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Etude clinique de la coxalgie observée chez les enfants.* (Paris, concours de 1858-1859.)

— M. Denucé, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, adresse à la Société :

1° *Compte rendu clinique des maladies chirurgicales observées en 1857 dans le service de M. Denucé.*

L'une des observations consignées dans ce travail est relative à une question actuellement en discussion dans le sein de la Société de chirurgie. Il s'agit d'un rétrécissement du rectum consécutif à l'ablation circulaire des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire. L'ouverture anale était réduite au calibre d'une grosse plume. Un débridement pratiqué en arrière au moyen du lithotome caché, et suivi d'un pansement avec des mèches, suffit pour amener une guérison qui huit mois après ne s'était pas démentie.

2° M. Denucé adresse en outre une observation manuscrite intitulée *Anévrysme traumatique de l'artère radiale. Compression digitale exercée au-dessus et au-dessous de la tumeur. Guérison.* Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour les travaux de M. Denucé, et dont M. Broca est rapporteur.

— M. Delacour, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société un travail

manuscrit intitulé *Notes et observations relatives aux contractures musculaires*. (Commissaires, MM. Guersant, Legouest et Bouvier.)

— M. FOLLIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il croit devoir ramener sur son véritable terrain la discussion, qui lui semble avoir dévié. Il a fait voir, en effet, un malade opéré d'hémorrhoïdes avec l'écraseur appliqué circulairement, et qui présente un rétrécissement; et malgré le jugement favorable que M. Chassaignac s'applaudit de voir porter par la plupart des membres de la Société sur la méthode de l'écrasement linéaire, M. Follin constate néanmoins qu'un assez grand nombre de nos collègues ont reproché à cette opération de donner lieu à un rétrécissement consécutif de l'anus.

Comme ses collègues, M. Follin est loin d'être hostile à la méthode même de l'écrasement linéaire ; mais avec MM. Richard, Verneuil et Richet, il combat son application par le procédé circulaire, qui lui paraît avoir été l'objet d'une critique générale, et il n'admet son emploi qu'avec les modifications signalées par M. Gosselin. Le fait qu'il a présenté à la Société n'est pas un fait isolé, car il sait qu'il en existe d'autres analogues dans les hôpitaux, et il se propose, pour arriver à justifier son opinion jusqu'à l'évidence, de rechercher et de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie les malades opérés par le procédé de M. Chassaignac appliqué circulairement.

MM. LENOIR et DEPAUL, à propos du malade cité par ce dernier dans la séance précédente, échangent quelques explications, d'où il résulte que le malade n'a laissé aucun souvenir dans l'esprit de M. Lenoir.

M. VERNEUIL communique les renseignements qu'il s'est procurés sur un malade opéré d'hémorrhoïdes par le cautère électrique, qu'il a signalé dans la dernière séance comme ayant eu des hémorrhagies.

Le malade en question se nomme Descurgez (Joseph-Xavier), journalier, âgé de cinquante-huit ans; il a été opéré de ses hémorrhoïdes à l'hôpital Saint-Louis au moyen du galvano-cautère de Middeldorpf. Il est entré postérieurement à l'Hôtel-Dieu le 1er septembre 1858, atteint de diarrhée continuelle, et dans un état de cachexie et d'anémie profonde.

Ces renseignements ont été transmis à M. Verneuil par M. Reynaud, interne des hôpitaux.

M. RICHET complète ces documents en informant que le malade a été opéré d'hémorrhoïdes internes non par lui, mais en sa présence, par M. Denonvilliers; qu'il ne l'a point suivi après sa sortie de Saint-Louis, mais qu'il a appris effectivement qu'il avait eu des hémorrhagies après l'opération.

M. CHASSAIGNAC ne pense pas que la multiplication des cas de rétrécissement de l'anus, à la suite des opérations d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, soit aussi considérable que paraît le croire M. Follin.

On trouve dans les hôpitaux des malades opérés pour d'autres affections de l'anus que des hémorrhoïdes, et qui néanmoins prétendent en avoir été atteints, parce que, pour le vulgaire, le plus grand nombre des maladies de l'anus ne sont que des hémorrhoïdes.

Tous les chirurgiens savent aussi que certains malades courent les hôpitaux successivement les uns après les autres, de façon que cette espèce d'ubiquité peut faire croire à un très-grand nombre de faits, tandis que c'est toujours le même qui est soumis à des observateurs différents.

D'autres malades encore ne font que passer dans les services, parce qu'ils ne veulent point se laisser examiner, sous prétexte que l'examen est douloureux ; on est donc réduit pour ceux-là à s'en rapporter à leur dire.

M. Chassaignac espère ne s'être pas fait illusion en croyant favorable à l'écrasement linéaire le jugement général de la Société, bien que quelques membres aient signalé certaines modifications à l'emploi de la méthode, modifications que M. Chassaignac acceptera volontiers lorsque l'expérience en aura suffisamment démontré la nécessité.

M. RICHARD a vu dans trois circonstances l'opération des hémorrhoïdes, au moyen de l'écraseur, être suivie de pertes de sang très-considérables, provoquées par les premières évacuations alvines ; l'hémorrhagie pouvant succéder à l'application de cet instrument est donc un fait sinon commun, au moins éventuel.

Il rappelle que, dans le seul cas où il ait constaté un rétrécissement de l'anus, la peau avait été intéressée par l'écraseur. Cependant, il sait aussi que l'application du fer rouge sur la muqueuse seule a provoqué un rétrécissement. C'est pourquoi il désirerait entendre l'opinion de M. Chassaignac sur les causes générales qui déterminent cet accident.

M. CHASSAIGNAC attribue à P. Boyer le cas de rétrécissement de l'anus après la cautérisation actuelle auquel M. Richard fait allusion. P. Boyer pensait que le rétrécissement a été déterminé par la brûlure même du sphincter de l'anus.

Physiologie pathologique et étiologie des rétrécissements qui suivent l'ablation circulaire des hémorrhoïdes. — M. VERNEUIL. L'intéressante discussion soulevée dans le sein de la Société sur le rétré-

cissement anal à la suite de l'ablation circulaire du bourrelet hémorrhoïdal a mis en lumière quelques faits curieux et en apparence contradictoires. L'opération, en effet, est suivie de résultats différents : tantôt de suites fâcheuses, qu'il importe de prévenir si la chose est possible ; le plus souvent de succès complets, qu'il importe non moins d'assurer autant que faire se peut.

On peut résumer en quelques mots les faits saillants qui se sont produits dans le débat :

1° Dans la grande majorité des cas, l'ablation complète circulaire ne donne naissance à aucun rétrécissement.

2° Parfois on observe, dans les premiers temps qui suivent l'opération, un rétrécissement valvulaire peu étendu, facile à dilater, sans tendance à la perpétuité et à la récidive, susceptible de guérison spontanée au bout de quelques mois.

3° Enfin, l'opération est suivie de la formation d'un rétrécissement inodulaire, épais d'un centimètre ou plus, dur, inextensible, rebelle à la dilatation et même à l'incision ; assez étroit pour n'admettre qu'avec peine le doigt et même la sonde de femme ; rétrécissement bien caractérisé, entraînant à sa suite tous les troubles inhérents à cette sorte de difformité.

Je dois dire de suite que l'excellente méthode de M. Chassaignac n'expose pas plus que toute autre méthode à la troisième terminaison, et que, par conséquent, l'idée de la proscrire n'est venue ni à mon esprit ni à celui, je crois, d'aucun des membres qui ont pris part à la discussion. Cette belle conception chirurgicale nous est acquise ; cherchons seulement à la dépouiller de quelques imperfections qui sont peut-être moins de son fait qu'inhérentes à l'emploi défectueux qu'on en peut faire.

La crainte du rétrécissement consécutif, conçue *à priori* ou justifiée par l'observation, a déjà suscité plusieurs précautions préventives que je vais rappeler brièvement.

1° L'interruption de l'anneau inodulaire par des ponts muqueux, conseil réalisable quand le bourrelet est lobulé par des scissures profondes, ce qui permet de respecter une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales plus petites que les autres, mais revêtues encore d'une étendue de muqueuse qui en s'étalant suffirait pour garder à l'orifice une ampleur assez convenable.

2° La section du bourrelet, soit en deux, soit en un plus grand nombre de portions séparées, soit en une seule séance, soit à des époques plus ou moins éloignées.

3° On a recommandé de ne pas faire une section trop étendue et remontant trop haut dans le rectum, précepte qui implique la nécessité de diviser quelquefois le tissu muco-variqueux dans sa continuité et non à ses limites.

4° On a même conseillé de réséquer seulement la portion de la tumeur qui est recouverte par la muqueuse, en respectant la portion la plus excentrique du bourrelet, c'est-à-dire celle qui est recouverte par la peau fine et amincie de la marge de l'anus.

5° La section intéressant la peau a paru prédisposer particulièrement à la formation du rétrécissement ; aussi a-t-on unanimement recommandé de respecter cette membrane.

6° Au lieu d'abandonner à la cicatrisation spontanée la guérison de la plaie, on a recommandé de placer immédiatement dans l'anus temporairement rétréci par l'action condensante de la chaîne un corps dilatant de fortes dimensions.

Je ne me rappelle point à qui sont dues ces diverses propositions; les procès-verbaux rendront à chacun ce qui lui est dû. Je me contenterai d'examiner, à l'aide des notions vulgaires de physiologie pathologique, quelques points dont la solution est de nature à dissiper, je pense, les incertitudes qui pourraient régner sur ce point de pratique.

Et d'abord l'étiologie du rétrécissement anal n'est pas difficile à comprendre. L'ablation circulaire complète donne naissance à une plaie annulaire, qui, par le seul fait de sa forme, expose naturellement à un rétrécissement consécutif dû à la rétraction concentrique de la virole inodulaire. Mais s'il en est ainsi, comment ce rétrécissement fait-il si souvent défaut? comment même, contrairement à la théorie, est-il relativement si rare? En d'autres termes, comment comprendre, comment expliquer que sur trois malades opérés en même temps et présentant tous les trois la même plaie annulaire, l'un guérira complétement, le second sera affecté pendant quelques mois d'un rétrécissement temporaire, tandis que le troisième verra sa première infirmité remplacée par une autre plus grave, plus rebelle, presque incurable?

Pour comprendre ces différences incontestables, il faut se reporter aux phases de la cicatrisation secondaire dans toute plaie annulaire. Je passe sous silence les phénomènes initiaux. J'arrive de suite à la période où tout le trajet est recouvert de bourgeons charnus. A ce moment la plaie consécutive à la résection complète du bourrelet représente un segment de tube de calibre et de longueur variables, mais dans lequel on peut toujours reconnaître :

1° Une circonférence supérieure répondant à la muqueuse rectale coupée circulairement;

2° Une circonférence inférieure répondant à la marge de l'anus;

3° Un corps ou espace compris entre les deux circonférences et tapissé par la membrane granuleuse.

Le diamètre vertical de ce tube n'est autre chose que son axe ou la distance comprise entre les deux plans correspondant aux circonférences supérieure et inférieure.

Le diamètre transverse n'est autre que l'écartement naturel ou artificiel qu'on peut faire subir aux parois du tube.

Ces notions élémentaires établies, qui dit membrane granuleuse dit tendance à la rétraction et à la cicatrisation secondaire. Or cette rétraction peut s'effectuer dans deux sens principaux. — S'exerce-t-elle suivant le diamètre vertical, elle tend à rapprocher l'une de l'autre les deux circonférences, c'est-à-dire à attirer en bas la muqueuse rectale, en haut la peau de la marge de l'anus. Si cette progression en sens inverse s'opère complétement, sans obstacle et assez vite, les deux membranes tégumentaires arrivent au contact, se soudent, et l'anneau cicatriciel, diminuant progressivement de hauteur par le rapprochement graduel des deux circonférences, finit par disparaître. La continuité du canal mucoso-cutané est rétablie. Tout rétrécissement est prévenu, parce que les membranes muqueuse et cutanée, désormais en contact, sont extensibles et soustraites au danger de l'agglutination et du racornissement.

Mais je suppose que la cicatrisation suive une marche inverse. La muqueuse rectale et le tégument anal ne peuvent arriver à un rapprochement réciproque ; la rétraction inodulaire va s'effectuer, mais suivant le diamètre transversal, et cette fois le tube ne perdra plus peu à peu sa longueur, c'est son calibre qui ira en se rétrécissant sans cesse jusqu'à l'oblitération inclusivement si l'art n'intervient pas.

Je crois superflu de m'étendre longuement sur des principes fondamentaux qui servent à la fois de base à la cure des fistules et à l'établissement des ouvertures permanentes, à la cure des oblitérations, des rétrécissements, et à la formation préméditée des coarctations et des occlusions artificielles. Je n'ajouterai qu'un mot : c'est que les deux tendances du travail cicatriciel s'associent ordinairement et marchent de concert, au lieu de s'isoler, comme je viens de le supposer plus haut pour la facilité de la démonstration.

Je veux dire par là que la plaie annulaire qui succède à l'ablation du bourrelet se rétracte à la fois de haut en bas et de la circonférence au centre. Cette association des deux rétractions, s'opérant dans des proportions convenables, est précisément ce qui rend ordinairement

si efficace l'essai de cure radicale. Et ceci n'est pas une simple hypothèse : lorsqu'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux fait depuis quelque temps procidence en dehors de l'anus, l'orifice anal est distendu et anormalement dilaté, à ce point que si les hémorrhoïdes étaient simplement supprimées, cet orifice resterait largement ouvert ; le rétrécissement concentrique qui suit l'opération, joint à la contractilité naturelle du sphincter, rétablit les dimensions normales de l'ouverture. Seulement ce procédé réparateur doit rester dans certaines limites ; s'il les dépasse, il devient, à la manière de tous les procédés anaplastiques exagérés, l'origine d'une difformité de nom contraire à celle qu'il était destiné à détruire ; de la même façon que l'excision du tégument palpébral opposée à un entropion fait naître un ectropion si elle est trop étendue.

Ceci nous permet de répondre à la question posée par M. Larrey, à savoir, s'il ne serait pas indiqué de rechercher précisément la production d'un rétrécissement artificiel dans le cas où le bourrelet hémorrhoïdal s'accompagne d'un prolapsus rectal prononcé et d'un agrandissement exagéré de l'orifice. Pour atteindre ce but, il suffit de diriger la cicatrisation de façon que la rétraction concentrique l'emporte sur la rétraction verticale dans des limites convenables.

Les données qui précèdent nous ont déjà expliqué comment la plaie annulaire succédant à l'ablation du bourrelet pouvait être ou n'être pas suivie de la formation du rétrécissement en question. On comprend également comment certains rétrécissements inodulaires peuvent, contrairement à la théorie générale de ces lésions, n'être que temporaires, et disparaître soit spontanément, soit sous l'influence de moyens très-simples. C'est ce qui a lieu pour des coarctations très-minces, véritables diaphragmes membraneux.

En supposant que la rétraction verticale ramène en contact la muqueuse rectale et la peau, il restera toujours au-dessous de la ligne de réunion des deux membranes un anneau fibreux sous-tégumentaire persistant pendant quelque temps, et faisant adhérer suivant une ligne circulaire les deux membranes aux couches sous-jacentes qui servaient de fond à la plaie. Peu à peu cet anneau fibreux disparaît par atrophie, comme l'induration qu'on observe temporairement au-dessous de toute cicatrisation secondaire. Peu à peu aussi les adhérences de la cicatrice avec les tuniques du rectum se détruisent, et la région opérée reprend à la longue sa souplesse et son extensibilité. C'est ainsi que j'interprète les faits de disparition spontanée d'un léger rétrécissement, et que je me rallie aux assertions de MM. Chassaignac et Houël.

Si nous résumons nos arguments, nous voyons que le seul moyen sûr de prévenir le développement du rétrécissement, c'est de favoriser la progression de la muqueuse vers la peau ; c'est de diriger la cicatrisation de manière que les deux circonférences de la plaie tubulaire, se réunissant, ne laissent entre elles aucun anneau inodulaire, si étroit qu'il soit; c'est, en un mot, de faire préventivement une sorte d'autoplastie par glissement, qu'on confie à la nature, comme on l'exécute par l'art, lorsque, par exemple, on établit un anus artificiel; lorsque, à l'exemple encore de Dieffenbach, de M. Goyrand (d'Aix), et d'autres encore, on vient souder la muqueuse rectale aux lèvres de l'incision périnéale pratiquée dans les cas d'imperforation du rectum.

Ce précepte, au reste, avait été déjà bien compris par Delpech ; il savait que la plaie circulaire résultant de l'excision d'une couronne hémorrhoïdale pourrait donner lieu à la formation consécutive d'un anneau fibreux rétréci. Aussi imagina-t-il un procédé particulier destiné à tenir rapprochés l'un de l'autre les bords supérieurs et inférieurs de la section, de manière à obtenir leur réunion plus ou moins immédiate, et à prévenir ainsi le développement de l'inodule annulaire.

Ce moyen, qu'on trouve décrit dans la 22e observation du fameux Mémoire *sur quelques phénomènes de l'inflammation*, avait pour but principal d'attirer la muqueuse rectale en bas, et de refouler en haut la peau de la marge de l'anus. Je ne le donne pas ici comme le meilleur expédient à employer, mais plutôt comme important au point de vue historique par sa conformité avec la théorie que je viens d'exposer (1).

En examinant les diverses modifications qui ont été proposées dans le cours de la discussion pour prévenir le rétrécissement, on constate avec plaisir que leur efficacité concorde très-bien avec les principes de physiologie pathologique que j'ai exposés plus haut.

1° En effet, la soudure si éminemment favorable des deux circonférences de la plaie tubuleuse sera d'autant plus facile que la longueur du diamètre vertical de la plaie sera moins grande. Si donc on se contente de réséquer la partie la plus saillante du bourrelet, la muqueuse non sacrifiée sera assez ample pour combler sans peine la perte de substance et pour recouvrir la plaie tubuleuse. Le précepte de n'opérer que sur la muqueuse est donc bon.

2° En opérant d'un seul coup tout le bourrelet, les deux circonférences pourront s'écarter considérablement, et, pendant qu'elles ten-

(1) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 437 ; 1828.

dront à se rapprocher, la rétraction concentrique gagnera du terrain, prendra l'avance, et produira le rétrécissement. Il est donc sage d'opérer en plusieurs temps, car les tuniques de la portion non réséquée empêcheront cet écartement, et permettront à la rétraction verticale de s'opérer sur la plaie latérale circonscrite.

3° La peau de la marge de l'anus est très-élastique; toute solution de continuité un peu profonde tend dans cette région à s'entr'ouvrir et à devenir béante. Si donc on comprend dans l'ablation une zone cutanée, l'écartement susdit sera très-augmenté; la muqueuse ne pouvant s'abaisser assez pour aller rejoindre la peau qui ne va pas à sa rencontre, il se formera nécessairement un anneau inodulaire, un rétrécissement de niveau avec le tégument, donc il est utile de respecter la peau.

4° La conservation d'une ou de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales interrompt d'abord l'anneau inodulaire et prévient souvent l'oblitération consécutive, mais de plus elle réunit les deux circonférences par des ponts verticaux qui en préviennent l'écartement exagéré et qui favorisent singulièrement la rétraction verticale. Cette ressource a donc aussi ses avantages.

5° La rétraction d'une surface granuleuse, abandonnée à elle-même, se fait dans tous les sens, mais particulièrement là où les parties offrent le plus de mobilité. Si donc on s'oppose mécaniquement à la rétraction suivant son diamètre, on favorise par suite cette même rétraction dans le sens opposé. La dilatation mécanique après l'ablation me semble agir en faveur du rapprochement vertical, parce qu'elle entrave le rapprochement concentrique.

Ces développements, qu'on trouvera peut-être un peu longs, nous permettent au moins de reconnaître que la prophylaxie du rétrécissement anal n'est pas purement empirique. Ils nous autoriseraient même à recourir consécutivement à des moyens plus énergiques, si l'on était forcé de négliger ou de transgresser les préceptes donnés plus haut.

C'est ainsi que pour favoriser la soudure entre la peau et la muqueuse, on serait autorisé soit à employer ce genre de rapprochement que les anciens désignaient sous le nom de suture restrictive, soit même à pratiquer au pourtour de l'anus ces incisions cutanées libératrices si utiles en autoplastie. La tolérance de nos tissus pour les fils métalliques très-ténus ôterait à la suture presque tous ses inconvénients.

J'aurais bien des choses à dire sur le traitement des rétrécissements temporaires et confirmés, que leur position très-superficielle ren-

drait très-accessibles à diverses opérations anaplastiques, mais je m'abstiens, pour ne pas abuser plus longtemps de votre attention.

M. CHASSAIGNAC cite, à l'appui des opinions exprimées par M. Verneuil, deux malades qu'il a opérés, l'un, comme le conseille M. Verneuil, en laissant des ponts muqueux entre les sections de l'écraseur, et qui n'a éprouvé aucun accident; l'autre en n'enlevant que le bourrelet muqueux, à l'exemple de M. Gosselin, et qui n'a pas eu tout d'abord de rétrécissement. Mais ce dernier malade avait un bourrelet d'hémorrhoïdes cutanées; il en a été opéré, et il est atteint aujourd'hui d'un rétrécissement que M. Chassaignac dilate par les moyens qu'il a déjà signalés.

M. Chassaignac pense qu'il faut noter comme cause de rétrécissement indépendant de l'opération l'hypertrophie habituelle et la rigidité du sphincter de l'anus chez les sujets atteints d'hémorrhoïdes.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur l'opération des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. MARJOLIN donne lecture d'une observation de mort presque instantanée survenue dans son service chez une petite fille de sept ans et demi soumise à l'administration du chloroforme.

Il y a à peine trois semaines, nous écoutions tous avec une véritable émotion le récit fait par notre collègue M. Richet d'un accident mortel survenu dans son service après l'emploi du chloroforme, et voici que, à mon tour, je viens aujourd'hui vous communiquer un fait non moins malheureux. Il s'agit d'une mort presque instantanée survenue chez une enfant de sept ans et demi, soumise pendant quelques minutes à l'action du chloroforme.

Afin que cette observation fût aussi complète que possible et qu'aucun des détails ne fût omis, j'ai eu soin de la rédiger de suite avec M. Guibert, interne de mon service, qui m'aidait pendant l'opération.

Le jeudi 3 février, voulant soumettre au traitement de M. Bonnet une jeune enfant de sept ans et demi atteinte de coxalgie, je commençai par prendre les mesures, et pour éviter toute erreur, je dessinai l'enfant en la faisant tenir debout. Comme ces divers préparatifs auraient par trop prolongé la visite, je priai l'autre élève interne, M. Leclerc, d'achever quelques pansements, et je ne gardai avec moi que M. Guibert, deux externes du service et l'interne en pharmacie. Aussitôt le dessin terminé, l'enfant étant étendue à plat dans son lit, je versai, comme j'ai toujours eu coutume de le faire, dans un tube gradué, afin de bien déterminer la quantité de liquide employée dans

toute la durée d'une opération, 12 grammes de chloroforme. Je n'en versai d'abord que quelques gouttes sur l'éponge, et ne changeant en rien ma manière d'agir habituelle, je plaçai moi-même l'éponge près du nez de la malade, en ayant grand soin de ne l'approcher que graduellement. Des deux côtés le pouls était surveillé, avant même le commencement de l'opération, par M. Guibert et moi; j'avais pris cette précaution afin que M. Guibert, qui devait plus tard me remplacer dans l'administration du chloroforme, pût bien se rendre compte des changements qui pourraient survenir lorsque je serais occupé des manœuvres.

A ce moment le pouls était assez plein, régulier et nullement accéléré, comme cela s'observe la plupart du temps chez les enfants tourmentés par la crainte d'une opération. Toutes les précautions d'usage avaient été prises, les brides du bonnet dénouées et la poitrine largement découverte, afin de pouvoir bien suivre ses mouvements.

L'enfant, ce qui est assez rare, ne fit aucune résistance, et comme l'éponge n'était pas recouverte d'une compresse, on pouvait étudier les changements de la physionomie. Pendant les premières inspirations il n'y eut aucun changement dans le rhythme, la force ou la fréquence du pouls; et comme la première dose n'avait amené que de l'agitation, je versai de nouveau un peu de chloroforme sur l'éponge, de manière à obtenir non-seulement de l'anesthésie, mais encore une résolution suffisante pour me permettre d'imprimer à la hanche les mouvements convenables.

Cette fois l'anesthésie et la résolution furent obtenues, et j'en profitai pour imprimer au membre malade plusieurs mouvements de flexion et d'extension; pendant cette manœuvre je confiai l'éponge à M. Guibert, qui n'avait cessé, conjointement avec moi, de surveiller le pouls depuis le commencement de l'opération. J'avais à peine communiqué quelques mouvements à la cuisse, que l'enfant se mit à crier, à s'agiter violemment, essayant de porter la main qui était libre vers la hanche malade. L'agitation était telle que M. Guibert m'avertit qu'il ne pouvait plus bien suivre le pouls.

Voyant que l'anesthésie était incomplète, la résolution nulle, et que je ne pourrais pas surmonter la contracture musculaire, je versai de nouveau un peu de chloroforme sur l'éponge et la replaçai sous le nez de la malade, qui avait assez de connaissance pour respirer d'après les indications de M. Guibert. A ce moment le pouls était très-bon, très-régulier. En très-peu d'instants elle fut replongée dans le sommeil anesthésique et dans la résolution; mais ce sommeil était peu profond,

car, lorsque le bassin eut été maintenu par un interne, j'avais à peine imprimé quelques mouvements au membre que les cris et l'agitation recommencèrent, à tel point que, pendant ce moment, qui fut très-court, M. Guibert, qui continuait à tenir l'éponge près du nez de l'enfant, ne put de nouveau surveiller son pouls ; j'allais peut-être même une fois encore m'arrêter, lorsque subitement les cris et la résistance musculaire cessent. Instinctivement et comme averti par un triste pressentiment, je m'arrête, je regarde l'enfant : la physionomie était étrange, la tête était renversée en arrière sur le traversin, le visage plus coloré que quelques instants auparavant, les yeux fixes, à demi-entr'ouverts ; nous cherchons le pouls, nous auscultons attentivement le cœur, plus de battements, trois ou quatre inspirations de plus en plus faibles ont encore lieu, et nous prévoyons qu'il ne reste plus de ressource. Ouvrir largement les fenêtres, frapper le visage, les membres inférieurs, imprimer à l'articulation malade plusieurs mouvements brusques dans l'espoir d'une révulsion salutaire, rien ne fait. Je fais incliner la tête, relever les membres inférieurs, et, ouvrant la bouche, je tirai fortement la langue au dehors avec une pince et tentai l'insufflation bouche à bouche, mais l'air passa d'abord par l'œsophage et ensuite dans l'estomac. Les mouvements de respiration artificielle imprimés au thorax et aux parois de l'abdomen firent facilement disparaître ce météorisme.

Prévenus de cet accident, les autres élèves du service étaient arrivés avec un appareil électrique, et de suite un courant avait été appliqué sur le thorax au niveau de la région diaphragmatique. L'insufflation de l'air était continuée à l'aide d'une sonde introduite successivement par M. Leclerc, interne du service, et M. Goux, interne de M. Bouchut. A ce sujet, je dirai que l'introduction de cette sonde fut rendue difficile par suite de l'abaissement de l'épiglotte. Malheureusement toutes ces diverses manœuvres, dans lesquelles je fus très-activement secondé par tous les élèves, qui partageaient mon anxiété, n'eurent aucun résultat; elles furent cependant continuées pendant plus de trois quarts d'heure. L'enfant avait été littéralement foudroyée; en un instant, elle avait passé sans transition appréciable de l'agitation la plus vive au sommeil anesthésique et à la résolution; la cessation seule de ses cris nous avait appris qu'elle avait cessé de vivre.

Bien que cet accident n'ait pas eu lieu dans les mêmes circonstances que celui qui vous a été communiqué par M. Richet, il y a cependant dans les derniers phénomènes observés une grande analogie, ici en-

core le pouls et le cœur avaient cessé de battre que la respiration continuait encore; ce fait, nous avons pu le vérifier.

Maintenant le point sur lequel je crois devoir insister, c'est la rapidité excessive avec laquelle la mort est arrivée, sans que rien pût faire pressentir pendant l'opération une terminaison aussi fatale. Ainsi, j'ai dit au commencement de cette observation que le pouls était bon, régulier, que dans les deux premières tentatives il avait conservé ce caractère; rien d'anormal ne s'était également présenté du côté des voies respiratoires.

A quelle cause faut-il donc attribuer un dénoûment aussi terrible, aussi imprévu ? L'enfant, bien qne malade depuis quelque temps, n'était pas arrivée à cet état d'épuisement qui rend souvent l'emploi des anestbésiques dangereux. Sa santé générale ne semblait réellement pas mauvaise. Mais ces conditions, en apparence assez bonnes, ne peuvent-elles pas aussi coexister avec un autre genre de faiblesse plus difficile à reconnaître, et qui ne porte que sur le système nerveux, état particulier aux enfants adonnés à de mauvaises habitudes?

C'est une réflexion que je crois devoir vous soumettre, puisque dans l'application de l'anesthésie nous devons tenir compte de toutes les moindres causes capables d'impressionner le système nerveux. Avons-nous eu affaire à un sujet placé dans ces conditions? L'examen des organes génitaux me ferait pencher un peu pour l'affirmative, cependant je ne voudrais pas l'assurer; seulement j'insisterai d'autant plus sur ce point, que l'on sait que les enfants enclins à ce funeste penchant sont très-sujets aux défaillances, et sont en quelque sorte énervés.

Maintenant, passant en revue les diverses circonstances qui ont eu lieu dans ce cas, si je me demande si toutes les précautions exigées ont été prises, je n'hésiterai pas à répondre affirmativement.

Le chloroforme était pur, c'était celui des hôpitaux, et l'avant-veille j'en avais pris dans le même flacon pour endormir une autre petite fille chez laquelle il y avait un séquestre à extraire. Ai-je cherché à agir trop rapidement? Mais non; c'est en trois fois que j'ai versé les 4 grammes qui manquaient dans le tube. Cette fois encore, j'ai agi comme toujours avec une réserve excessive, j'ai agi comme quelques jours auparavant j'avais agi devant notre collègue M. Bouvier, qui avait eu l'extrême obligeance de venir dans mon service m'éclairer de ses bons conseils pour un autre enfant atteint de la même maladie ; et cette fois je ferai remarquer que les manœuvres ayant duré plus longtemps que dans le cas que je vous soumets actuellement, je dus prolonger l'inhalation du chloroforme et y revenir à plusieurs reprises.

A quelle cause faut-il donc rapporter cet accident ? Je serais tenté de croire que nous nous sommes trouvés en présence d'un de ces sujets qui, par une prédisposition bien fâcheuse, ont le système nerveux très-impressionnable.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort, par un temps froid, en présence de M. Broca, que j'avais prévenu, et des élèves du service.

La roideur cadavérique est très-prononcée. Le membre abdominal gauche conserve la position qu'il avait avant l'opération. A part les pupilles, qui sont restées dilatées, le visage ne présente rien à noter. Sur les parties latérales de l'abdomen, on remarque quelques taches violettes lenticulaires peu nombreuses. La congestion hypostatique de tout le tronc est assez prononcée.

L'ouverture de la poitrine fut faite avec beaucoup de soin; le poumon droit fut d'abord extrait, et une ligature placée à la racine des bronches. Il nous a semblé d'un rouge plus vif que dans l'état habituel. Le lobe inférieur présentait à sa partie postérieure quelques ecchymoses d'un rouge très-foncé ; en incisant ce tissu pulmonaire à leur niveau, on vit que l'épanchement sanguin occupait une certaine profondeur. Le sang qui s'écoulait était noir, fluide, ne changeant pas de couleur après un certain temps de son exposition à l'air. Au sommet du lobe supérieur existaient quelques ecchymoses présentant le même caractère; le tissu du poumon incisé nous sembla d'un rouge plus vif que dans l'état normal. Le poumon gauche adhérait complétement à la plèvre costale; on remarquait les mêmes lésions déjà décrites, seulement leur caractère était plus prononcé.

Au sommet des deux poumons il existait un petit noyau tuberculeux à l'état crétacé. Notons, du reste, qu'aucune odeur de chloroforme ne s'exhalait des deux poumons.

Le péricarde renfermait un peu de sérosité. Les cavités du cœur étaient distendues par du sang très-fluide, d'une couleur analogue à celui provenant des vaisseaux des poumons. Ce sang fut recueilli et mis à part pour être analysé.

Les vaisseaux du cou étaient distendus par du sang également fluide.

Le sang du foie était également fluide et aussi foncé.

L'examen du cerveau nous a fait voir les sinus distendus par le sang, la substance cérébrale un peu plus injectée que de coutume.

Examiné au bout de quatre jours, le sang provenant des vaisseaux artériels ou veineux ne s'était pas coagulé. M. Berthelot, dont tout le

monde connaît les belles recherches sur la chimie organique, ayant eu l'obligeance d'analyser le sang recueilli dans le poumon, dans l'oreillette droite et dans les gros vaisseaux, n'a rencontré aucune trace de chloroforme.

M. GUERSANT fait remarquer que, dans ce second cas de mort par le chloroforme dont la Société vient d'entendre la relation, on s'est servi d'une éponge pour administrer l'agent anesthésique. Pour lui, il n'emploie jamais à cet usage que l'appareil de M. Charrière, qu'il croit plus susceptible que les autres moyens de conjurer les accidents.

M. LARREY rappelle que la question soulevée par M. Guersant a été jugée en sens contraire par l'Académie, qui a considéré l'emploi des appareils comme plus dangereux que les moyens habituellement mis en usage pour l'administration du chloroforme.

Dans l'armée, c'est au mode le plus simple que l'on a toujours recours, et les chirurgiens militaires ne donnent le chloroforme que versé sur une compresse. M. Larrey est disposé à admettre les influences spéciales signalées par M. Marjolin comme pouvant disposer les malades aux accidents.

M. GIRALDÈS fait remarquer que sur les 54 cas de morts rapportés par Snow, 12 fois on avait employé des appareils, 34 fois l'éponge ou le mouchoir ; dans 8 cas, les renseignements sont imparfaits. Néanmoins, il croit que les accidents ne dépendent ni des appareils mis en usage ni de la quantité ou de la qualité du chloroforme employé : il existe une cause d'accidents que personne ne connaît, et qui ne peut être appréciée en raison des dispositions variables des sujets. Il considère, avec MM. Marjolin et Larrey, que l'innervation est très-importante à consulter, mais il pense qu'on ne possède pas, à l'heure qu'il est, d'éléments propres à asseoir sûrement les opinions des chirurgiens sur les contre-indications.

M. CHASSAIGNAC, examinant les moyens employés pour rappeler à la vie la jeune fille qui a succombé, admet qu'il est des cas au-dessus de toutes les ressources dont on peut disposer. Dans une circonstance récente, il a cru un instant à la mort du malade qu'il opérait ; des flagellations violentes du visage et l'insufflation bouche à bouche ranimèrent néanmoins l'opéré. On s'aperçut seulement alors qu'il avait un double polype des fosses nasales.

La tendance syncopale d'une part, et l'obstruction imparfaite des fosses nasales de l'autre, sont pour M. Chassaignac des contre-indications pour administrer le chloroforme.

M. DEPAUL fait observer que la sonde de M. Loiseau, dont s'est servi M. Marjolin, n'est autre chose que le tube laryngien de Chaussier.

Il admet difficilement que l'insufflation de l'air dans les poumons ait pu produire l'emphysème, et il justifie son doute par les expériences négatives qu'il a faites dans le but de s'assurer de la production de cet accident par les insufflations.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN présente l'articulation coxo-fémorale de l'enfant dont il vient de rapporter la mort, afin que l'on puisse constater les résultats des manœuvres dirigées contre la difformité de la coxalgie.

Des franges synoviales hypertrophiées et fongueuses, libres et adhérentes, sont rencontrées dans l'article : elles ont pour siége, comme le fait remarquer M. Gosselin, le point réfléchi de la synoviale sur le col du fémur.

MM. RICHARD, HOUEL et RICHET considèrent que la membrane synoviale tout entière est altérée ; que c'est habituellement dans les replis et les culs-de-sac des articulations que se trouvent les fongosités, et que dans le cas présent ces fongosités existent partout, à des degrés différents en volume et en nombre, mais en effet plus nombreuses autour du col que partout ailleurs.

— M. CHASSAIGNAC présente une épaule envahie par une énorme tumeur encéphaloïde. Elle a été recueillie sur un vieillard de soixante-dix ans, qui travaillait néanmoins et exécutait librement les divers mouvements du bras. On sentait pendant la vie, dans cette masse volumineuse, une crépitation manifeste derrière l'omoplate. L'autopsie fait voir de nombreuses tumeurs encéphaloïdes développées en avant et en arrière de l'omoplate, qui ne présente plus que des débris osseux, et semble avoir été le point de départ de l'affection. Les côtes sont altérées. Les cartilages de l'articulation scapulo-humérale sont intacts ; leur intégrité, qui, comme le rappelle M. Richet, est la règle dans les affections de cette nature, explique la facilité de mouvements dont jouissait le malade. Les nerfs du creux de l'aisselle, bien que comprimés par les masses cancéreuses, ne révélaient aucune douleur. La marche de la tumeur a été très-rapide ; le malade a succombé à une pneumonie intercurrente. L'intestin et le foie étaient criblés de tumeurs cancéreuses plus ou moins grosses ; jamais cependant on n'a remarqué aucun symptôme fâcheux du côté de l'abdomen.

— M. RICHARD présente un utérus recueilli sur une femme de

quarante-deux ans par M. Martineau, interne des hôpitaux. Lorsque cette femme entra à l'hôpital atteinte de la paralysie générale progressive à laquelle elle succomba, on avait constaté chez elle un prolapsus utérin qui amenait le col à un ou deux centimètres de la vulve.

A l'autopsie, on put voir que l'utérus n'occupait plus sa place ni sa direction normales : il était situé très-bas dans la cavité pelvienne, et reposait sur le rectum; la face antérieure était dirigée en haut et en arrière.

L'utérus détaché paraît très-allongé ; néanmoins le corps est à l'état normal. Le col est hypertrophié, conique, aplati transversalement, et présente exactement la forme d'un gland volumineux. L'hypertrophie affecte principalement la portion sous-vaginale du col, ce que M. Richard signale comme un fait exceptionnel.

MM. HOUEL, DANYAU et CHASSAIGNAC reconnaissent que sur la pièce présentée par M. Richard il y a effectivement hypertrophie ; mais ils pensent qu'il est aussi des cas où la chute de l'utérus existe sans hypertrophie, ou coïncide avec une hypertrophie du col.

M. LENOIR rappelle que Scanzoni et les auteurs anciens ont rapporté des exemples à l'appui de cette dernière opinion.

M. RICHARD, qui s'est fait le partisan peut-être exagéré de la manière de voir de M. Huguier, en considérant que toutes les chutes de l'utérus ne sont que des hypertrophies du col, serait effrayé de la résection de cette partie de l'organe proposée par M. Huguier, s'il lui fallait revenir à l'opinion de M. Cruveilhier, admettant l'allongement de l'utérus dans son entier.

Le point important consiste à savoir si l'utérus occupe sa place normale, et M. Richard pense, d'après les recherches suivies qu'il a faites au Bureau central, que, toutes les fois que la dimension verticale de la cavité utérine est augmentée sans déplacement du corps, le col de l'organe est hypertrophié.

Quant aux précipitations complètes de l'utérus que M. Chassaignac dit avoir constatées en argüant de la présence d'un pédicule formé par les annexes, M. Richard croit que dans ces cas l'œil et les doigts peuvent se tromper d'autant plus facilement qu'il existe aussi un pédicule au-dessus des hypertrophies du col.

Enfin, les extirpations plus ou moins complètes de l'utérus, que M. Broca oppose à l'opinion de M. Richard, n'ont été pratiquées que pour des renversements et non pour des chutes de l'organe.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Pour le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 16 février 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance. Elle comprend, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

D[r] J. Bruck. *Lehrbuch der Zahn Heilkunde* (traité de chirurgie dentaire). Berlin, 1856 ; un vol. in-8°.

— D[r] J. Bruck. *De l'extraction perpendiculaire des dents.* Breslau, 1858 ; broch. in-8°.

— M. le docteur Ed.-Louis Labbé, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le concours du prix Duval 1858-1859. Cette thèse est intitulée *De l'Erysipèle.* Paris, 1858 ; in-4°.

— M. le docteur H. Journez (de Bruxelles) présente à l'appui de sa candidature, pour obtenir le titre de membre correspondant étranger, un mémoire imprimé intitulé *Etudes sur le vésicatoire cantharidé.* Bruxelles, 1858 ; in-8°. (Commissaire, M. Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Putégnat (de Lunéville), candidat au titre de membre correspondant national, envoie un mémoire intitulé *Considérations cliniques sur le charbon et la pustule maligne.* (Commissaires : MM. Boinet, Morel-Lavallée et Robert.)

LECTURE.

M. BROCA donne lecture d'une observation adressée à la Société par M. le docteur Letenneur (de Nantes), membre correspondant. Elle est iutitulée *Phlébectasie artérielle de la main et de l'avant-bras.*

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme traumatique de l'artère cubitale à la paume de la main. — Compression digitale. — Guérison. — M. VERNEUIL présente le malade qui fait l'objet de cette communication, et donne les détails suivants (1) :

M. D..., pharmacien distingué de Paris, d'une bonne constitution,

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes fournies par le malade lui-même.

âgé de trente-deux ans environ, se blessa le 28 août 1858, avec les éclats tranchants d'une fiole de verre qui se brisa dans sa main. Des trois plaies qui en résultèrent, l'une, plus profonde que les autres, pénétra assez profondément vers l'union de la paume de la main avec l'éminence hypothénar, à trois centimètres à peu près du pli palmaire de l'articulation du poignet. Le sang s'échappa avec violence et par jets saccadés. M. D... mit le doigt sur la blessure et courut demander assistance à notre collègue dans les hôpitaux, M. le docteur Foucher. Ce dernier, ne pouvant lier le vaisseau divisé, tamponna la plaie avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer, et établit la compression par-dessus le pansement. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt pour ne plus revenir; au bout de quelques jours la cicatrisation était complète. Cependant le point blessé était le siége de pulsations assez énergiques, perçues avec le doigt, même à travers l'appareil de pansement. C'est pourquoi on augmenta la force de la compression directe en appliquant sur la région blessée le sommet d'un cône formé par des rondelles d'agaric superposées, et maintenu par une bande roulée.

Ce moyen diminua les pulsations, mais ne les anéantit pas. La compression indirecte fut établie alors au poignet, sur les artères radiale et cubitale, à l'aide de deux bouchons de liége entourés de linge, appliqués longitudinalement sur les vaisseaux et maintenus par un bandage circulaire serré. Cet appareil suspendait complétement les battements, mais ceux-ci reparaissaient aussitôt que la bande était enlevée.

Le volume de la main augmentait sensiblement; une petite saillie pulsative se formait à l'endroit blessé. C'est à cette époque, un mois environ après l'accident, que j'allai voir M. D..., accompagné de notre distingué confrère M. le professeur Vanzetti (de Padoue), que le cas intéressait particulièrement. Nous constatâmes alors les particularités suivantes :

Dans le lieu déjà indiqué, on voyait une cicatrice longue de 12 à 15 millimètres, étroite et assez mince, régulière, de couleur brune, située sur le trajet de l'artère cubitale avant que ce vaisseau se recourbe en crosse pour former l'arcade palmaire superficielle; cette cicatrice, un peu déprimée, occupait le centre d'un point légèrement soulevé, mais qui toutefois ne formait pas de tumeur circonscrite. Le doigt constatait des battements énergiques avec une expansion bien marquée et visible à l'œil dans une étendue de plus d'un centimètre de long sur 6 à 8 centimètres en travers; bruit de souffle simple. La compression de la cubitale au niveau de l'os pisiforme diminue beau-

coup les battements ; mais ceux-ci ne disparaissent que quand on comprime en même temps l'artère radiale au point où l'on explore le pouls.

La compression de l'artère humérale sur la face interne du bras, l'extension forcée du membre suspendaient sur-le-champ les pulsations. L'anévrysme était donc parfaitement caractérisé ; il n'y avait pas la moindre douleur lorsque la main était au repos ; lorsque, au contraire, M. D... se livrait pendant une heure seulement à un travail manuel, il éprouvait une gêne extrême dans le petit doigt et dans l'annulaire.

Nous conseillâmes la compression digitale d'abord intermittente, puis continue lorsque le moment convenable serait venu. M. D... se soumit volontiers à ce traitement, car il avait lu les travaux récents publiés sur ce sujet, et avait été séduit par la simplicité du moyen. On supprima l'appareil qui comprimait les artères de l'avant-bras ; un peu de compression directe fut continuée sur la main plutôt à titre de moyen protecteur.

Le premier jour, quatre heures de compression sur l'artère humérale (partie moyenne) en deux séances. Les jours suivants, la même manœuvre fut continuée six heures, puis huit heures, puis dix heures. Pendant ces quelques jours, M. D... ne remarqua pas grand changement; la compression faisait aussitôt disparaître tous les signes de l'anévrysme, mais ils reparaissaient aussitôt que le doigt était enlevé. M. D... vint me consulter, désespérant du succès. Je crus cependant, au contraire, remarquer une amélioration très-réelle, car pendant un instant j'eus quelque peine à retrouver les battements; cependant je fus bientôt convaincu de leur persistance. Croyant le moment favorable, je conseillai alors une compression prolongée jusqu'à cessation complète des pulsations; c'est ce qui fut exécuté, et quelques jours après M. D... subit une séance qui dura depuis huit heures du matin jusqu'à onze du soir. Cette fois la tumeur avait disparu. Le malade crut sentir encore quelques battements ; aussi par précaution, pendant le reste de la nuit, la main fut maintenue dans l'extension forcée à l'aide d'une attelle postérieure et d'un bandage.

Le lendemain, j'examinai attentivement les choses, et je considérai la maladie comme guérie. Je retrouvais encore quelques battements, mais ils s'arrêtaient brusquement au-dessus de la cicatrice. Je les attribuai au choc de la colonne sanguine contre le point où l'artère était oblitérée. J'espérais d'ailleurs les voir disparaître avec le temps, ce qui s'est réalisé du reste.

Aujourd'hui, près de trois mois se sont écoulés depuis la cessation

de tout traitement; l'anévrysme n'a pas reparu, et l'usage du membre est tout à fait rétabli. En explorant la région, on retrouve sur le trajet de la cicatrice des battements analogues à ceux qu'on perçoit au niveau de la racine du poignet; mais ils n'existent que suivant une ligne très-étroite, ne s'accompagnent point d'expansion, et d'ailleurs se retrouvent avec une intensité parfaitement égale sur le point correspondant de l'artère cubitale à la main gauche, c'est-à-dire du côté sain, ce qui ferait supposer que la circulation s'est rétablie dans l'artère blessée au lieu même où existait l'anévrysme.

Pendant toute la durée du traitement, qui ne fut ni douloureux ni gênant, mais seulement ennuyeux, M. D... suivit un régime assez sévère : tous les jours il prenait de 4 à 6 granules de digitaline, qui faisaient tomber le pouls à 55.

La compression fut exercée par M. D... lui-même, par les élèves ordinaires de sa pharmacie, et enfin par plusieurs étudiants en médecine de ses amis. Comme on le voit, elle n'exigea pas pour réussir des mains particulièrement exercées, puisqu'on put se passer de chirurgien proprement dit. Je fais cette réflexion pour repousser l'objection tirée de la difficulté prétendue qu'on aurait à se procurer un personnel suffisant. Voici un des premiers succès obtenus en ville, et l'on pourrait dire que le malade a dirigé son traitement et se doit à lui-même sa guérison.

Quand on lit quelques observations sur les anévrysmes de la main, on voit que la cure n'est toujours ni très-facile ni très-innocente; la compression digitale enregistre donc là un beau succès de plus dans une région qui à coup sûr n'est pas favorablement disposée pour la stagnation facile du sang dans le sac anévrysmal.

On trouve également dans ce cas la confirmation d'une idée que j'ai émise sur l'influence de l'extension du bras et du poignet sur la circulation des artères de la main (*Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard, t. I[er]). Chez M. D..., cette attitude suspendait les battements dans l'anévrysme palmaire.

M. LENOIR profite de cette circonstance pour demander des nouvelles d'un malade traité à l'Hôtel-Dieu par M. Verneuil d'un anévrysme poplité par la compression digitale.

M. VERNEUIL. Ce malade a succombé longtemps après le traitement institué pour l'anévrysme, traitement qui avait eu un succès complet sous le rapport de la cessation de l'entrée du sang dans le sac anévrysmal. Dans les jours qui suivirent la compression, le gros orteil présenta des signes de sphacèle; la mortification parut se borner d'a-

bord, puis elle progressa très-lentement, de manière à envahir en résumé la totalité du pied moins les téguments dorsaux, qui furent presque entièrement ménagés. Au bout d'un certain temps, la séparation se fit dans l'articulation tibio-tarsienne. Je tentai alors de recouvrir l'extrémité des os de la jambe avec l'espèce de lambeau dorsal que la gangrène avait respecté; des bandelettes furent appliquées dans ce but, afin d'obtenir un moignon régulier. Mais le malade, âgé de soixante-douze ans, était atteint d'une maladie ancienne et grave du cœur et de l'aorte, il commença à s'affaiblir de jour en jour; un phlegmon diffus survint, qui occupait le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire de la jambe. La mort s'ensuivit.

A l'autopsie, on constata des lésions graves des orifices cardiaques et de l'aorte; une oblitération complète de l'artère fémorale dans l'étendue de 4 centimètres au-dessus de son entrée dans le sac, puis une oblitération complète également du tronc tibio-péronier jusqu'à la naissance des artères tibiales postérieure et péronière. Ces deux vaisseaux, perméables plus bas, étaient fortement incrustés de matière calcaire.

L'obturation était effectuée par des caillots denses, résistants, très-adhérents à la paroi. Le creux poplité avait été le siége d'un anévrysme diffus enté sur un anévrysme vrai rompu. L'autopsie vérifiait complétement le diagnostic porté sur le vivant. Tous les interstices celluleux du jarret étaient remplis d'un sang noir, fluide, très-altéré, qui rendait presque méconnaissables les organes de la région; le sang, de plus, avait perforé l'aponévrose et s'étendait en nappe sous la peau amincie. Celle-ci d'ailleurs s'était ulcérée dans les deux derniers jours qui avaient précédé la mort. Au reste, cette terminaison n'eût-elle pas eu lieu, la tumeur, malgré les précautions incessantes qui furent prises, se serait abcédée, et la guérison définitive n'aurait été obtenue sans doute qu'après la modification du foyer par la suppuration. Quant au sac primitif, il était épais, comme racorni, doublé de couches fibrineuses, mais rempli en partie de caillots passifs, mous et foncés. La rupture avait été si large que toute la paroi postérieure de ce sac semblait manquer; aussi, sauf une différence de consistance, le sang de la poche se continuait sans interruption avec celui qui était épanché dans les interstices musculaires.

Les parties molles de la jambe représentaient une sorte d'éponge infiltrée de pus, les muscles y compris; cependant il existait une séparation bien nette entre ce vaste foyer purulent et le foyer sanguin de l'anévrysme. L'autopsie n'ayant pu être faite que longtemps après la

mort et par une température élevée, le membre arriva à un tel degré d'altération cadavérique, que l'on ne put étudier ni les vaisseaux de la circulation collatérale, ni les particularités anatomiques de la lésion ; on dut se borner aux constatations qui précèdent. D'ailleurs, malheureusement, la pièce, que j'avais pris beaucoup de peine à disséquer, aidé de M. Després fils, interne du service, a été perdue depuis dans un pavillon de l'École pratique.

L'artère fémorale, au point où elle avait été comprimée, a été très-attentivement examinée. Rien dans l'examen du vaisseau, ni dans les parties molles environnantes, n'aurait fait soupçonner qu'on avait pendant si longtemps et si fortement comprimé ; en revanche, la veine fémorale présentait une lésion remarquable ; elle était complétement bouchée par un caillot très-volumineux, qui la distendait sans adhérer fortement à la paroi, et qui s'étendait depuis le ligament de Fallope jusqu'à l'embouchure de la veine fémorale profonde.

Cette phlébite de la veine fémorale, que j'ai observée déjà deux fois au même point, à la suite de la compression temporaire des vaisseaux fémoraux, faite pour une simple amputation de la cuisse, a été causée sans doute ici par la pression des doigts ; peut-être n'est-elle point étrangère à la mortification du bout du membre ?...

Ce fait, ajoute M. Verneuil, sera diversement jugé ; il ne prouve pas contre la compression digitale, qui a produit ici tout ce qu'elle pouvait produire, c'est-à-dire l'arrêt rapide de la circulation dans l'anévrysme ; on pourrait peut-être lui reprocher précisément d'avoir agi dans ce sens et trop vite, et d'une manière trop radicale, de façon à encourir les mêmes reproches que la ligature, c'est-à-dire une interruption trop brusque du cours du sang et par conséquent la formation de caillots passifs. Mais, dans ce cas, les progrès de l'anévrysme diffus étaient si rapides, que la compression intermittente indiquée dans les anévrysmes clos par le sac n'était pas acceptable dans l'espèce.

Au reste, M. Verneuil a fait consigner les détails de cette importante observation dans la thèse de M. Petiteau (*De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes*, Paris, 1858).

— **M. MOREL-LAVALLEE** présente un malade affecté d'une exophthalmie causée par une tumeur de l'orbite, et demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération. Il communique l'observation qui suit :

Tumeur cancéreuse de l'orbite. — Régnier, âgé de soixante-huit ans, demeurant rue de Charonne, 59. Pas d'antécédents héréditaires,

complexion un peu chétive, pas de maladie antérieure, si ce n'est des ulcères variqueux qui datent de trente ans.

Il y a un an environ, le premier phénomène de la maladie a été un larmoiement de l'œil droit, sans rougeur de cet organe ; à peu près à la même époque, le malade s'est aperçu que le globe oculaire se portait en avant et surtout en dehors ; quelque temps après, il est sorti par la narine correspondante une humeur purulente.

Depuis cinq ou six mois, lorsque le malade se mouche, des épistaxis peu abondantes, mais souvent répétées et aujourd'hui presque constantes, se font jour par les deux narines, mais surtout par la gauche, la droite ne donnant issue qu'à une humeur purulente teinte de sang.

Aujourd'hui, l'œil droit est poussé en dehors et en avant, d'environ la moitié de son diamètre antéro-postérieur. Depuis six mois, la vue y est complétement abolie ; la pupille, du même diamètre que celle du côté opposé, présente à peine quelque mobilité. On voit et on sent entre le globe de l'œil et la racine du nez une tumeur du volume de la moitié d'une noix, sur laquelle la peau conserve sa mobilité et sa coloration ; à peine présente-t-elle une teinte légèrement violacée.

Le nez est déformé et gonflé de ce côté presque jusqu'à la narine, et la fosse nasale contient une tumeur rougeâtre, fongueuse, granulée, de la consistance du riz de veau, et saignant au moindre contact. Quant à la fosse nasale gauche, elle paraîtrait intacte si on s'en rapportait à un examen superficiel ; mais avec un peu d'attention on découvre, à deux travers de doigt au-dessus de la narine, une tumeur d'une apparence analogue à celle du côté droit, et qui empêche la sonde de femme engagée sur le plancher des fosses nasales de pénétrer plus avant.

Cet état des fosses nasales entrave singulièrement la respiration ; au moment où elle est le moins gênée, elle est sifflante comme dans l'enchifrènement d'un fort coryza.

La tumeur de l'angle interne de l'œil est molle au toucher, ce qui permet de présumer qu'elle est de même nature que celle des fosses nasales.

On peut, à l'aide des données précédentes, déterminer assez exactement les limites de la tumeur.

Le doigt ne la trouve pas à l'orifice postérieur des fosses nasales ; elle n'a pas déformé le plancher des fosses nasales, c'est-à-dire la voûte palatine ; on n'en trouve aucune trace dans la fosse zygomatique, nous avons vu qu'elle a envahi la fosse nasale gauche.

En haut, c'est-à-dire du côté du plafond de l'orbite, la tumeur, qui forme à l'angle de l'œil comme un croissant qui enveloppe le globe,

semble coller sa corne supérieure à l'arcade orbitaire, sans qu'il soit possible d'apprécier ses rapports plus profondément dans ce sens.

En résumé, tumeur encéphaloïde ayant commencé à l'angle interne de l'œil droit, puis ayant poussé une racine dans la fosse nasale correspondante, et ensuite dans celle du côté gauche par la perforation ou la destruction de la cloison, mais ayant respecté la voûte palatine.

Quant aux sinus maxillaires, point de déformation du côté de leurs parois accessibles à la vue et au toucher. Il en résulte que si la nature de la tumeur eût permis une opération, elle aurait pu être faite sans trop de difformité.

Quant aux phénomènes concomitants, ils consistent :

1° Dans une suppuration qui a une double issue, l'une par la paroi antérieure du sac lacrymal, l'autre par les fosses nasales, ce qui permet d'établir son siége dans le sac lacrymal, et peut-être aussi dans le canal.

2° Céphalalgie constante et assez intense pour que la simple action de toucher la tête soit douloureuse.

Quant aux phénomènes nerveux généraux, ils ne paraissent avoir subi aucune influence de la part de l'affection qui nous occupe.

M. RICHET pense que la tumeur n'a pas son origine dans la cavité même de l'orbite, mais bien plutôt dans la fosse nasale correspondante, qui, d'ailleurs, est obstruée par la production morbide. Il se fonde sur ce que le globe de l'œil est poussé en dehors contre la paroi externe et non chassé d'arrière en avant. Il rejette l'idée d'une opération d'après deux cas analogues qu'il a observés. Dans le premier il croyait à l'existence d'une tumeur fibreuse. MM. Nélaton et Velpeau conseillaient l'opération. Une incision pratiquée sur le dos du nez mit la tumeur à découvert; mais celle-ci était constituée par un tissu très-mou, sorte de bouillie que les doigts et les instruments déchiraient à la moindre traction. La tumeur d'ailleurs s'enfonçait profondément; l'énucléation fut impossible, et l'extirpation resta incomplète.

Dans un second cas, la tumeur formait à la racine du nez une saillie peu marquée; mais après l'avoir mise à découvert, on vit qu'elle s'étendait profondément et qu'elle offrait, du reste, les mêmes caractères que la précédente. Malgré une cautérisation énergique avec le galvanocautère, on ne put atteindre les limites du mal.

Ces tumeurs proviennent de la muqueuse qui tapisse la voûte des fosses nasales. Elles vont donc jusqu'à la base du crâne, et pour les extirper complétement, il faudrait enlever l'ethmoïde, ce que M. Richet ne conseille pas.

M. LEGOUEST appuie aussi l'abstention. Il y a deux mois environ il opéra une tumeur à peu près semblable ; elle paraissait provenir de l'orbite. Quelques hémorrhagies nasales annonçaient qu'elle avait perforé la paroi interne de la cavité orbitaire ; enfin, elle s'était également propagée en bas et avait pénétré dans l'antre d'Hygmore. L'œil fut enlevé et une partie de l'os maxillaire supérieur dut être sacrifiée.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes ; mais il y a quelques jours M. Legouest a constaté le commencement de la récidive. Ce qui l'engage à dissuader d'une opération dans le cas de M. Morel-Lavallée, c'est l'incertitude où l'on est du siége précis et de l'étendue du mal ; car, si l'on pouvait reconnaître une tumeur circonscrite, limitée à la paroi interne de l'orbite, il vaudrait mieux tenter une extirpation que d'abandonner le malade à une mort certaine.

M. DEMARQUAY a vu, il y a trois ou quatre mois, en ville et avec M. Monod, un malade déjà opéré deux fois par MM. Monod et Denonvilliers. La tumeur avait pris naissance à la partie interne de l'orbite, et elle faisait actuellement saillie dans la fosse nasale. Quoiqu'on eût affaire à une seconde récidive, M. Demarquay, pensant que le mal était circonscrit, se décida à opérer encore une fois. Le nez fut fendu sur la ligne médiane, et les deux paupières détachées en partie de dedans en dehors. Une anse de fil passée au-dessous du muscle droit interne servit à entraîner en dehors l'œil qu'on voulait ménager. L'apophyse montante de l'os maxillaire fut coupée avec les pinces de Liston. On s'aperçut alors que la production avait envahi les sinus frontaux. Il fallut enlever avec la gouge et le maillet une partie de la paroi supérieure de l'orbite, et ce ne fut pas sans effroi que l'on vit les battements du cerveau soulever la dure-mère dénudée. Cependant rien de fâcheux ne survint d'abord, et le malade paraissait en voie de guérison, lorsqu'il fut pris un jour de douleur frontale et de titubation. Le coma survint bientôt, et la mort s'ensuivit peu de temps après. A l'autopsie, on trouva deux abcès cérébraux, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du lobe antérieur. Il n'y avait pas de récidive.

M. LENOIR a vu mourir également d'un abcès du cerveau un malade opéré quelques jours auparavant, et par arrachement, d'un polype des fosses nasales qui, cependant, n'avait pas pénétré dans l'orbite. Ces tumeurs sont développées dans l'ethmoïde, qui est susceptible, comme l'os maxillaire, d'être envahi par le cancer. En résumé, ces opérations sont trop dangereuses par elles-mêmes, elles offrent trop peu de chances de réussite et en même temps trop d'imprévu. Un chirurgien prudent ne doit pas les entreprendre.

M. MOREL-LAVALLÉE remercie ses collègues des excellents conseils qu'ils viennent de lui donner. Pendant quelque temps il avait cru la tumeur limitée et n'avait aperçu aucun prolongement voisin ; il avait même conçu un plan d'opération, mais bientôt il fut arrêté par l'étendue du mal et l'incertitude de ses limites; d'ailleurs le malade a une constitution détériorée, il est donc résolu aujourd'hui à ne pas opérer.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport que M. Guersant a lu dans une des dernières séances sur un travail de M. Ferrand, de Mer, relatif à un cas de trachéotomie.

M. BOINET trouve que, dans les discussions et les travaux publiés sur cette opération, on a signalé, à la vérité, la nécessité des soins consécutifs, mais sans donner de détails suffisants. Il s'explique pourquoi on a plus de succès à l'hôpital qu'en ville, parce qu'il est des soins incessants parfaitement donnés par des infirmiers exercés, et que ne peuvent remplir ni la mère ni les garde-malades. Il faudrait qu'un médecin ne quittât pas le chevet du petit malade.

Ces soins de tous les instants consistent à retirer très-souvent la canule interne pour la nettoyer chaque fois qu'elle est obstruée par le mucus. Si on veut la déboucher sur place, il faut remplacer l'écouvillon ordinaire, qui ne pénètre pas assez profondément, par une sonde de gomme élastique qui repousse sûrement le bouchon muqueux obstruant l'orifice inférieur de cette canule. Chez les ouvriers et les malades peu aisés, il vaut mieux ne pas opérer, le succès n'est possible qu'à l'hôpital ou chez des gens très-riches.

M. Boinet cite les succès qu'il a obtenus en suivant ces préceptes.

M. GUERSANT remercie M. Boinet des conseils qu'il vient de donner, il les connaît et les emploie depuis longtemps; mais là n'est pas la question soulevée par le travail de M. Ferrand.

M. CHASSAIGNAC émet de nouveau un doute qu'il a déjà formulé. Il se demande si, dans ce cas, il s'agissait vraiment d'un croup. En effet, les fausses membranes ont, pour la première fois, été expulsées six semaines après l'opération, et l'on se rappelle qu'une cautérisation très-énergique, trop énergique même, avait été pratiquée dans les voies aériennes. Cette expulsion tardive des fausses membranes n'a peut-être jamais été observée, ce qui jette beaucoup de doute sur le vrai diagnostic.

M. GUERSANT partage l'étonnement de M. Chassaignac et a déjà énoncé ses doutes dans son rapport. Jamais, pour sa part, il n'a vu l'expulsion des fausses membranes se faire au delà de 10 jours après l'opération.

La cautérisation énergique qui a été faite a amené la formation d'e chares, et peut-être celles-ci, détachées au bout de six semaines, ont été prises pour des fausses membranes; peut-être aussi n'existait-il qu'un croup laryngien.

M. le président a déjà donné connaissance d'une lettre de M. Ferrand qui répond à quelques objections du rapporteur; une seconde lettre, datée du 6 janvier, sera probablement de nature à dissiper les doutes de M. Chassaignac.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de répondre par votre entremise à l'observation de M. le docteur Chassaignac, qui, dans la séance du 22 décembre 1858, à propos de mon observation de trachéotomie, s'est étonné de voir une fausse membrane sortir de la trachée six semaines après l'opération.

Relativement à la dimension de la membrane, je me suis empressé de reconnaître qu'il y avait eu erreur; mais je ne me suis pas trompé en disant que dans la nuit du 25 au 26 février une fausse membrane avait été expulsée.

Ce fait me paraît s'expliquer tout naturellement par la reproduction de la couenne diphthéritique sur la plaie du cou et sur le vésicatoire du bras, sous l'influence d'un rhume violent qui s'est déclaré le 18.

Ne peut-on pas admettre, dans ce cas, que la couenne s'est reproduite en même temps sur quelques points de la trachée ou des grosses bronches?

Il est incontestable que l'enfant Miraut a été pendant plusieurs mois sous l'influence de la diathèse diphthéritique, puisque quelques jours après l'opération la plaie s'est tuméfiée et couverte de fausses membranes, puisque le 6 février les manœuvres employées pour replacer la canule ont amené la reproduction de la couenne, et que sous l'influence d'une bronchite intense elle a reparu une troisième fois, le 19 février, sur la plaie et sur le vésicatoire.

Contrairement à l'opinion d'un grand nombre de médecins, le croup peut donc guérir, même lorsqu'il y a infection générale.

Agréez, etc. FERRAND, D.-M.-P.

M. CHASSAIGNAC persiste à croire que l'existence du croup n'est pas démontrée. Il argumente ensuite un autre point du rapport. M. Ferrand blâme les chirurgiens qui, en faisant la trachéotomie, entrent d'emblée dans la trachée. Il considère cette pratique comme imprudente. M. Chassaignac ne veut pas non plus qu'on aille ouvrir d'un seul coup le canal aérien, car ce serait là une opération monstrueuse et fu-

neste ; mais il faut bien distinguer l'opération faite en quelque sorte à vol d'oiseau et les moyens conseillés pour faciliter la trachéotomie et la rendre plus rapide et plus sûre. C'est à ce résultat que tendent diverses modifications proposées par M. Chassaignac lui-même. L'une d'elles consiste à fixer la trachée au moyen d'un ténaculum plongé immédiatement au-dessous de la saillie du cartilage cricoïde. En effet, la mobilité extrême de la trachée chez les personnes qui suffoquent, et surtout chez les enfants, est un des obstacles les plus grands de l'opération. On y remédie très-bien en profitant d'un point de repère invariable et en le fixant par un ténaculum. C'est le but que s'est proposé M. Chassaignac. Il ne tient pas, pour cela, à immobiliser la trachée, ce qui, dit-on, a des inconvénients; car une fois le crochet implanté, on peut lui permettre de suivre les mouvements de va-et-vient du larynx.

M. Chassaignac a également recommandé d'introduire le dilatateur de bas en haut, et non dans le sens opposé, comme on le fait généralement. L'instrument ainsi placé se retient en quelque sorte de lui-même et ne gêne nullement l'introduction quelquefois si pénible de la canule.

En un mot, il ne veut pas pénétrer très-vite dans la trachée, mais y pénétrer sûrement ; et il pense qu'il ne faut pas confondre une précipitation dangereuse et intempestive avec une rapidité qui ne nuit nullement à la sûreté de l'exécution. Il aurait désiré que M. Guersant jugeât entre ceux qui préconisent une lenteur calculée dans le manuel, et ceux qui croient utile d'abréger le plus possible l'acte chirurgical.

Le procédé actuellement mis en usage, ajoute M. Chassaignac, est d'ailleurs passible de reproches sérieux :

1° On fait aux téguments du cou une incision très-étendue; on ouvre aussi beaucoup de vaisseaux sous-cutanés et on risque de blesser les vaisseaux profonds, dont la lésion est si grave. On s'expose en même temps au double danger d'une hémorrhagie qui épuise le malade et de la pénétration du sang dans les voies aériennes, autre accident très-fâcheux. C'est avec raison qu'on recommande d'ouvrir la trachée largement pour que la colonne d'air soit suffisante; mais ce précepte a été bien à tort détourné de son vrai sens et appliqué aux parties molles extérieures.

2° Si pendant l'opération il y a écoulement de sang abondant, il est antiphysiologique d'attendre, pour ouvrir la trachée, l'arrêt d'une hémorrhagie entretenue précisément par la suffocation.

3° La lenteur calculée est dangereuse, car elle prolonge les douleurs, augmente la quantité totale de sang perdu et maintient longtemps l'opéré

dans une position très-favorable à l'asphyxie, à cause du renversement de la tête.

M. Chassaignac examine encore quelques objections faites à son procédé et les combat.

La discussion est remise à la séance suivante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, A. Verneuil.

Séance du 23 février 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine :

Le *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1859; in-8°.

Follin. *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic de l'œil*, recueillies par M. le docteur Doumic. Paris, 1859, in-8°.

Larrey. *Sur les perforations de la voûte palatine*. Paris, 1859, in-4°.

Roux fils (de Brignoles). *Des affections lépreuses dans les régions intertropicales*. Marseille, 1859, in-8°.

Eug. Dally. *Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel*. Paris, 1859, in-4°.

— M. le docteur Collongues adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Application de la dynamoscopie à la constatation des décès*. Paris, 1858, in 8°. M. Collongues joint à cet envoi celui d'un travail manuscrit ayant pour titre : *Observations dynamoscopiques prises pendant l'éthérisation, les vivisections et les opérations chirurgicales*. Une commission, composée de MM. Robert, Richet et Marjolin, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Collongues.

— M. le docteur d'Olier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, candidat au titre de membre correspondant, adresse à l'appui de sa candidature un travail manuscrit intitulé : *Observations et réflexions sur un cas d'obstruction intestinale*. (Commissaires : MM. Gosselin, Huguier, Jarjavay.)

— M. le docteur Verjot, en adressant à la Société un exemplaire de sa thèse inaugurale *Sur le traitement par les caustiques de certaines tumeurs sujettes à récidive* (Paris, 1859, in-4°), écrit une lettre destinée à rectifier une erreur involontaire commise par lui à propos d'une des malades dont il a parlé. Cette femme, dont il est question à la page 82, n'est point guérie. Une récidive, constatée par M. Laugier, existe sous la cicatrice.

— MM. Huguier, Michon et Marjolin, juges d'un concours du Bureau central (médecine), écrivent pour demander un congé pendant la durée du concours. (Accordé.)

— M. Alph. Guérin demande un congé d'un mois pour cause de santé. (Accordé.)

— M. LARREY, à l'occasion de la correspondance, lit une observation adressée à la Société par M. le docteur Lhonneur, aide-major à l'hôpital militaire du Dey, à Alger. Cette observation a pour titre : *Disjonction des os maxillaires supérieurs avec enfoncement du maxillaire droit; fracture au niveau de la symphyse du maxillaire inférieur.* (Commissaire : M. Morel-Lavallée.)

Anévrysme de l'artère coronaire labiale inférieure, tout près du tronc de la faciale. Compression digitale. Guérison. — M. BOINET. Lorsque pour la première fois il fut question à la Société de chirurgie de la compression digitale appliquée à la cure des anévrysmes, je déclarai que depuis 1834 j'étais affecté d'une tumeur anévrysmale à l'origine de l'artère coronaire labiale inférieure. De temps en temps, la tumeur devenait le siége de douleurs; je les faisais bientôt cesser en exerçant sur le sac et par l'extérieur une pression directe pendant une demi-heure avec la pulpe d'un doigt.

Ces manœuvres, répétées à des temps très-irréguliers, arrêtèrent l'accroissement de la tumeur et la firent même légèrement diminuer. Lorsque les règles de la compression digitale furent posées, je songeai à essayer une cure radicale; pour cela, je fis des séances de compression plus fréquentes et plus régulières. Chaque fois que j'étais à mon bureau ou en voiture, j'appliquais la pulpe du pouce en dehors de la tumeur, c'est-à dire sur l'artère faciale elle-même, qui se trouvait ainsi pressée sur la face externe de l'os maxillaire.

Chaque séance durait environ une demi-heure; elle était répétée plusieurs fois dans la journée. Au bout de deux mois environ, la guérison était complète, et dans la région occupée par l'ancienne tumeur on ne constate plus aujourd'hui qu'un peu d'empâtement. A l'époque

de son plus grand développement la tumeur aplatie égalait en volume la moitié d'une noix ordinaire ; elle occupait presque toute la moitié droite de la lèvre inférieure.

M. Boinet cite ce fait à propos de la dernière communication de M. Verneuil. C'est un succès de plus à ajouter à ceux que la compression digitale compte déjà.

— M. GUERSANT répond aux objections qui ont été faites à son rapport par M. Chassaignac. Pour s'expliquer l'expulsion tardive des fausses membranes, il se sert des arguments donnés par M. Ferrand, et continue pour sa part à croire à l'existence d'un croup limité au larynx. M. Guersant, en ce qui touche l'exécution plus ou moins rapide de l'opération, répond qu'il a adopté en général la manière de faire de M. Trousseau, qui consiste à aller lentement et avec précaution. Ce précepte est bon surtout pour les opérateurs qui n'ont pas une grande habitude de la trachéotomie. Il ne faut rien escamoter, ni la taille, ni l'excision des amygdales, ni aucune autre opération ; ceux-là seulement qui, les ayant souvent pratiquées, en ont acquis une grande habitude, peuvent aller vite sans cesser d'aller avec précision.

M. Guersant, sans rejeter le principe de la fixation de la trachée, pense que le ténaculum de M. Chassaignac est trop courbé, et qu'il est difficile à placer dans les voies aériennes ; il proscrit aussi le dilatateur, qui est trop long, et qui s'enfonce trop loin dans le larynx. Il est d'ailleurs, à ce qu'il paraît, difficile à introduire et à retirer.

Il y a inconvénient à inciser d'un seul coup toutes les parties molles qui recouvrent la trachée et ce conduit lui-même, comme le fait M. Chassaignac ; la plaie, il est vrai, est petite, mais on divise les vaisseaux sans les voir, sans pouvoir les écarter ou les lier.

M. Guersant a vu un enfant qui mourut d'hémorrhagie quelques heures après l'opération. En résumé, il reconnaît, dans le procédé de M. Chassaignac, deux préceptes utiles, savoir : la fixation de la trachée et l'introduction du dilatateur de bas en haut. Mais on peut les suivre en s'aidant des instruments ordinaires, sans employer ceux que propose spécialement M. Chassaignac, et qui sont défectueux.

M. MOREL-LAVALLÉE expose quelques remarques sur la trachéotomie. Quatre principes surtout lui ont paru importants :

1° La fixation de la trachée avec le ténaculum, mais lorsque ce conduit est mis à découvert par l'incision des parties molles. L'ouverture du conduit est rendue ainsi beaucoup plus facile.

2° Le dilatateur, en forme de pince à anneaux, est très-difficile à introduire, très-difficile à maintenir ensuite dans la trachée ; on peut

donc s'en passer. Pour placer la canule, il suffit d'y introduire un mandrin élastique courbé en *S* italique. L'ongle de l'index gauche reconnaît au fond de la plaie la fente de la trachée, et sert à conduire à la fois et la canule et le bout mousse du mandrin, après quoi celui-ci est retiré.

3° L'emploi d'une canule fenêtrée est utile à plusieurs points de vue. Une partie de l'air passe toujours par le larynx, ce qui permet au malade de parler (chose importante pour son moral), et ce qui prévient aussi le rétrécissement consécutif; seulement il faut que la fenêtre soit placée à une distance convenable du pavillon pour se trouver précisément sur le trajet de la colonne d'air trachéale. Trop rapprochée, la fenêtre est bouchée par les bourgeons charnus de la partie supérieure de la plaie. Trop éloignée, elle répond à la paroi postérieure de la trachée.

4° La canule doit avoir une courbure convenable, sur laquelle on n'est pas suffisamment fixé. Si cette courbure est trop forte, l'ouverture inférieure regarde en avant et vient appuyer contre la paroi antérieure de la trachée. C'est le contraire si le rayon est trop grand. Dans les deux cas, l'axe de la canule et celui du tube aérien ne se correspondent pas. Pour obvier à cet inconvénient, M. Morel a fait adapter au bout inférieur du tube métallique un petit anneau mobile articulé, qui, par la pression de la paroi trachéale qu'il touche, se replace de lui-même dans l'axe du conduit.

M. GIRALDÈS est heureux de constater que M. Morel-Lavallée fait à l'emploi du dilatateur en général des objections analogues à celles qu'il a faites lui-même à l'instrument proposé par M. Marjolin dans une des dernières séances : on peut se passer de ces dilatateurs.

M. GUERSANT proteste contre cette opinion. Il ne croit pas prudent d'introduire la canule aussitôt après avoir ouvert la trachée. Il faut laisser au malade le temps d'expulser le sang, les mucosités, les fausses membranes accumulés dans la trachée, et pour cela il faut maintenir pendant quelques minutes les lèvres de la plaie béantes.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARJOLIN présente une petite fille qu'il a traitée d'une coxalgie aiguë avec luxation par le redressement, et la fait marcher en présence des membres de la Société.

Il fournira tous les détails de cette observation importante.

— M. le docteur Perrin montre un malade guéri d'une fistule pul-

monaire, faisant communiquer les bronches avec la face antérieure de la poitrine. Il remet l'observation suivante :

Au n° 49 de la salle 20 se trouve couché un jeune homme, nommé Binet, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle. Pas de phthisique ni de scrofuleux dans la famille de ce jeune homme. Santé parfaite avant son incorporation. Depuis trois ans qu'il sert au 4e régiment de hussards, il n'a jamais été malade, et surtout il n'a jamais eu à se plaindre de l'état de sa poitrine.

Au mois de février ou mars 1858, Binet, à la suite d'un refroidissement, contracte une bronchite aiguë, qui disparaît complétement après une durée de quarante-cinq jours.

Deux mois après, il lui survient, sans cause appréciable, un gonflement diffus occupant tout le côté gauche de la poitrine, mais sensible surtout au niveau du quatrième espace intercostal. Toutefois, ne se trouvant nullement gêné, il continue son service, et c'est un mois plus tard seulement que la persistance du gonflement le décide à entrer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, d'où on l'évacue, quelques jours après son entrée, sur l'hôpital du Val-de-Grâce. A ce moment la tuméfaction est toujours indolente, sans changement de couleur à la peau, sans retentissement du côté de la poitrine.

Une collection liquide ne tarde pas à se manifester. M. Legouest, dans le service duquel le malade est placé, fait, à la date du 24 juillet, une ponction qui donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux, strié de sang, mais ne contenant aucune bulle de gaz. L'état de la poitrine reste toujours très-satisfaisant; il n'existe ni point pleurétique, ni épanchement, ni toux, ni expectoration, rien, en un mot, qui révèle quelque travail pathologique du côté du poumon.

L'ouverture de l'abcès reste fistuleuse, et donne issue à une petite quantité de pus séreux de temps à autre surchargé de grumeaux albumineux. — Cautérisations ponctuées sur les parties malades pendant tout le mois de septembre.

Au mois d'octobre, on essaye de tarir la fistule à l'aide d'injections iodées : rien de particulier n'est observé pendant cette période du traitement.

Au commencement du mois de novembre, le malade est évacué dans mon service dans l'état suivant : La santé générale paraît florissante ; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et la nutrition ne laisse rien à désirer. Il n'y a notamment ni signe physique ni signe rationnel d'affection pulmonaire. Le long du bord gauche du sternum et à la hauteur du quatrième espace intercostal, il existe un

pertuis placé au centre d'un petit ulcère arrondi, à fond grisâtre, à bords minces, et d'un violet foncé. La pression sur le côté gauche du thorax fait sourdre par ce pertuis quelques gouttes d'un liquide séreux, transparent. Un stylet introduit par cet orifice pénètre sans effort à une profondeur de dix centimètres, en suivant la direction d'une ligne qui, partant du point le plus antérieur du quatrième espace intercostal, se dirigerait vers l'articulation scapulo-humérale correspondante. Les parois de ce long trajet anfractueux sont résistantes et comme fibro-cartilagineuses; en aucun point l'instrument ne rencontre de surface osseuse dénudée : autant qu'il est possible d'en juger par le toucher médiat, le stylet glisse entre la face externe des côtes et la face profonde du muscle grand pectoral. La cage thoracique, vue dans son ensemble, offre du côté gauche un empâtement indolent qui masque les quatre premiers espaces intercostaux, gêne l'action isolée des côtes, et fait que la poitrine se meut tout d'une pièce de ce côté dans les mouvements de la respiration. Aucun trouble dans les fonctions du poumon. Le diagnostic porté fut : *Fistule thoracique consécutive à une ostéite, siégeant, suivant toute probabilité, à la face interne d'une ou de plusieurs côtes.*

Après quelques jours d'observation, pendant lesquels la fistule fournit régulièrement la même quantité de pus séreux, je voulus continuer le traitement par les injections iodées. La première injection fut faite par l'aide-major stagiaire de service, avec les précautions usuelles : deux grammes à peine de liquide avaient pénétré dans la fistule, lorsque le malade ressentit soudainement une vive sensation de brûlure, s'irradiant dans tout l'arbre bronchique, et rendit dans un effort de toux le liquide injecté mélangé à du mucus bronchique. Il n'y eut aucun doute à cet égard, car la teinture d'iode était parfaitement reconnaissable à sa couleur, son odeur et sa réaction caractéristique avec l'amidon cuit. Je répétai l'expérience à diverses reprises en présence de plusieurs de mes collègues du Val-de-Grâce, mais alors avec de l'eau colorée seulement, et toujours le résultat fut le même : le malade indiquait très-bien lui-même, par la sensation qu'il éprouvait, le moment précis où le liquide arrivait dans les bronches.

Une fistule pulmonaire m'étant ainsi révélée, j'explorai de nouveau et avec le plus grand soin l'état de la poitrine. Pendant les deux jours qui suivirent la première injection, il y eut une légère irritation des bronches accusée par quelques râles disséminés, quelques crachats spumeux et une sensation d'ardeur à la gorge; mais ce petit orage purement traumatique passé, la respiration redevint pure, le mur-

mure vésiculaire s'entend partout sans rudesse ni expiration prolongée : il n'existe ni frottement pleural, ni râle, ni gargouillement au niveau de la fistule ; la percussion fait constater une légère matité à la région thoracique antérieure gauche et seulement dans les points qui correspondent à l'engorgement des parties molles; partout ailleurs, et notamment à la partie inférieure du poumon gauche, la résonnance est normale. Il n'y a d'ailleurs ni douleur thoracique, ni toux, ni expectoration, ni fièvre, ni dépérissement. Une nouvelle exploration pratiquée par M. Michel Lévy, qui voulut bien, à ma prière, examiner le malade, amena le même résultat négatif, et mit hors de doute l'intégrité des organes de la respiration. Il n'existait au niveau de la fistule aucun sifflement pendant les mouvements de la respiration, et l'expiration en particulier restait sans influence sur la flamme d'une petite bougie disposée au niveau de l'orifice externe de la fistule.

Le traitement fut des plus simples : un régime tonique et l'usage simultané de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium.

Au 15 décembre, c'est-à-dire quarante-cinq jours après la manifestation de la fistule pulmonaire, sans aucun phénomène digne d'être noté, le trajet fistuleux était complétement oblitéré, et n'était plus accusé que par son orifice externe fermé à l'aide d'une pellicule cicatricielle protégée par une croûte jaunâtre.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour (23 février 1859), la guérison ne s'est pas démentie, l'engorgement des parties molles est notablement diminué ; la respiration est toujours pure, irréprochable, comme on peut s'en assurer ; toutes les fonctions s'exécutent bien, et la santé en un mot est parfaite.

Sur sa demande réitérée, cet homme va sortir de l'hôpital ; mais je serai à même de savoir et conséquemment de dire à la Société, si elle le juge convenable, si la guérison est définitive.

Réflexions. — Je me bornerai à émettre sous forme de propositions les enseignements qui découlent de ce fait, me réservant de les développer bientôt dans un mémoire que je prépare sur les fistules thoraciques en général.

1° La fistule pulmonaire cutanée peut exceptionnellement exister sans affection pulmonaire appréciable, antérieure ni concomitante.

2° La fistule dont nous relatons l'histoire ne peut être davantage rattachée à l'existence d'une pleurite purulente circonscrite, d'un kyste ouvert à la fois dans les bronches et au dehors. L'absence constante de signes physiques spéciaux à la pleurite et à l'hydro-pneumothorax, l'absence d'expectoration, et surtout d'expectoration purulente, la quan-

tité et la qualité des produits de sécrétion de la fistule, l'absence constante de toute réaction générale, mettent cette proposition hors de doute.

3° En dehors de ces deux conditions étiologiques, toute idée de traumatisme écartée, la fistule pulmonaire cutanée doit se présenter à l'esprit comme un des accidents possibles et peut-être relativement fréquents d'un travail phlegmasique, ayant pour siége les parois thoraciques et souvent la face interne des côtes.

4° Par suite d'une certaine disposition organique de l'orifice interne de la fistule ou de son trajet, le signe pathognomonique de la fistule pulmonaire cutanée, c'est-à-dire la sortie appréciable de l'air par la fistule pendant l'expiration, peut faire défaut.

MM. LARREY, HERVEZ DE CHÉGOIN, BOINET et MOREL-LAVALLÉE demandent à M. Perrin quelques éclaircissements. Les détails de l'observation répondent à ces questions.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HOUEL présente, au nom de M. Lizé (du Mans), candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, un fœtus de quatre ou cinq mois qui est affecté d'un exomphale.

La tumeur, parfaitement arrondie, est globuleuse, du volume d'un petit œuf de poule; elle est pédiculée. Le cordon ombilical, au lieu de s'insérer au centre, comme l'avait indiqué A. Bérard, s'implante, au contraire, en bas et à gauche, disposition qui est la plus fréquente, et que M. Cruveilhier a parfaitement reconnue et signalée dans son *Traité d'anatomie pathologique*.

Au niveau du pédicule de la tumeur, on constate que la peau cesse brusquement, qu'elle est remplacée par des membranes minces, transparentes, qui se continuent avec le cordon. Incisées, elles peuvent, dans certains points, être séparées avec assez de facilité en deux feuillets, dont l'un se continue avec la peau, l'autre avec le péritoine. A leur intérieur, on constate l'existence de la plus grande partie de l'intestin, la rate et la totalité du foie. C'est précisément à cause de cette dernière particularité que M. Lizé a cru devoir vous adresser le fœtus. Tous les auteurs classiques, Vidal (de Cassis) en particulier, ne croyant pas à cette possibilité, M. Houel profite de cette occasion pour dire à la Société que ce que les auteurs considèrent comme l'exception dans la hernie ombilicale congénitale proprement dite, et non pas l'éventration, il le regarde comme la règle; il possède dans le Musée Dupuytren plusieurs de ces hernies; il a eu l'occasion d'en voir plusieurs autres,

et il a toujours constaté dans la hernie, outre l'intestin, la totalité ou la presque totalité du foie. M. Houel ne se rappelle même pas avoir vu de hernie ombilicale congénitale volumineuse où cette glande ait manqué, et il serait tenté de la considérer comme l'obstacle principal à la réduction. Notre collègue M. Debout doit vous lire prochainement un travail important sur cette question, avec des applications chirurgicales.

En terminant l'examen de la pièce de M. Lizé, je dirai que l'orifice de la hernie est trop étroit pour permettre au foie de rentrer dans la cavité abdominale; le ventre lui-même est rétréci, et l'on peut dire que les viscères herniés ont perdu *droit de domicile* dans leur cavité normale, au moins momentanément. Si on examine comment se comportent les éléments du cordon par rapport à la tumeur, on constate à la paroi inférieure, dans le feuillet interne de la hernie, l'existence des deux artères ombilicales, et dans la paroi supérieure et gauche la veine ombilicale qui se rend au foie déplacé.

— Une discussion s'engage entre le présentateur et M. Depaul sur ce qu'il faut entendre par les mots d'éventration et de hernie ombilicale congénitale, et sur la signification réelle de la pièce présente.

La discussion sera continuée dans une séance suivante, lorsque M. Houel aura donné une description complète de la lésion.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, A. Verneuil.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGERS :

Morceaux de verre, étui, clef, fragments de porcelaine qui ont parcouru le tube digestif sans déterminer d'accidents graves.

Par M. Bardinet, professeur à l'Ecole de Limoges.

(Observation présentée à la Société de chirurgie.)

M. Gosselin faisait connaître à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 17 octobre 1851, l'observation d'un homme qui avait avalé, à la suite d'un pari, une pipe en terre et son tuyau long de 10 centimètres.

Il était survenu presque immédiatement de vives douleurs, puis des vomissements et de la diarrhée. — Ces symptômes avaient persisté opiniâtrément, malgré l'emploi régulier des moyens les plus propres à les faire cesser.

Le malade était tombé dans un état d'épuisement tel, que M. Gosselin avait dû se demander s'il ne serait pas opportun de pratiquer l'entérotomie pour enlever le corps étranger. — Il avait cherché d'abord à reconnaître celui-ci et à déterminer sa position à l'aide de la plessimétrie. Il y était parvenu un jour ; mais, dès le lendemain, la matité s'était déplacée.

Le malade avait enfin rendu par l'anus « la pipe parfaitement intacte ; le tuyau n'avait pas été brisé » ; mais, cinq jours après, la mort succédait à un épuisement que rien n'avait pu arrêter.

A l'autopsie, on ne trouvait aucune rougeur ni dans l'estomac ni dans l'intestin grêle ; mais il y avait dans le gros intestin de nombreuses ulcérations, les unes récentes, les autres cicatrisées ou en voie de cicatrisation.

Il y avait sur le foie des fausses membranes, et dans la poitrine, du côté droit, une pleuro-pneumonie.

— Après la communication de ce fait, M. Laborie, qui le rapporte dans l'*Union médicale* du 18 octobre 1851, dit qu'une discussion s'est engagée sur la conduite à tenir dans les cas de ce genre. Il ne fait pas connaître l'opinion de la Société ; mais il ajoute que personnellement, et malgré le précepte, sans preuves à l'appui, donné par Boyer, il est bien plus disposé à ne pas intervenir chirurgicalement.

Voici un cas dans lequel de nombreux corps étrangers ont traversé le tube digestif, non-seulement sans faire naître une indication d'entérotomie, mais encore sans produire d'accident véritablement grave :

Je suis appelé près d'une jeune femme (Mme L. de L...), que tourmente depuis longtemps une monomanie de suicide, et qui a plusieurs fois tenté de mettre fin à ses jours.

Sa mère m'apprend que, le matin même, elle a avalé plusieurs corps étrangers, et notamment : trois ou quatre fragments de verre, une clef en fer et un étui. — Après avoir avalé tous ces objets, Mme L... s'est persuadée qu'elle n'avait plus que fort peu de temps à vivre. Comme elle est très-pieuse, elle a fait appeler un prêtre et s'est confessée à lui.

Le prêtre lui a fait comprendre que c'était pour elle un devoir de se soigner, et par conséquent de dévoiler ce qu'elle avait fait. Cédant à ses conseils, elle a tout appris à sa mère, qui m'a fait appeler.

La malade paraissait très-calme quand je suis arrivé près d'elle. Le pouls était à l'état normal, ainsi que la chaleur de la peau ; les douleurs étaient nulles, du moins au dire de la malade ; mais, dans une autre situation d'esprit, elle les eût sans nul doute appréciées différemment.

Malgré cette absence complète de symptômes inquiétants, je ne pouvais manquer de concevoir de vives appréhensions. En dehors, en effet, de l'irritation violente que tous ces corps étrangers me paraissaient devoir inévitablement produire, je craignais que les morceaux de verre ne déterminassent quelques perforations qui auraient promptement entraîné la mort.

Ces perforations me paraissaient devoir être singulièrement favorisées par toute espèce de mouvement ; aussi ma première recommandation a-t-elle été de mettre la malade au lit, et de lui faire garder une immobilité absolue.

J'ai pensé ensuite à lui faire prendre des aliments qui pussent envelopper dans leur masse les fragments de verre, et soustraire les parois intestinales à l'action de leurs pointes. Mais c'est là, comme on le pense bien, une indication qui rencontre dans la pratique d'insurmontables difficultés. Quelques aliments que l'on introduise dans l'estomac, on ne sera jamais sûr qu'ils englobent les corps étrangers, qu'ils cheminent avec eux dans toute la longueur du tube digestif, et qu'ils conservent une consistance suffisante pour protéger l'intestin.

Pendant les trois premiers jours, les accidents ont été nuls, ou du moins d'une insignifiance complète. Un peu d'agitation, de l'inappétence, quelques coliques, mais pas de dévoiement, pas de sang par l'anus, ni fièvre ni douleur.

Le quatrième jour, la malade a éprouvé quelques douleurs à l'anus. Sa mère et son mari, qui ne la quittaient pas d'un instant, l'ont placée sur une chaise percée, et quelques moments après, en examinant, d'après mes recommandations, les matières rendues, ils y ont trouvé un fragment de verre qu'ils ont conservé pour me le montrer. J'ai constaté que ce fragment provenait d'un carreau de vitre ; il était large comme le doigt et long de 6 centimètres ; une de ses extrémités était coupée carrément, l'autre se terminait en pointe très-aiguë.

Le lendemain, il a été rendu un deuxième fragment ayant la largeur du premier et 7 centimètres de long. En même temps, il s'est déclaré de la fièvre, et la malade a été prise de dévoiement. J'ai prescrit une application de sangsues sur le ventre, des opiacés et des bains ; il en est résulté un très-prompt soulagement.

Quelques jours après, deux morceaux de verre moitié moins grands

que les premiers, mais ayant comme eux des bords tranchants et des pointes acérées, se sont échappés sans peine.

Jusqu'alors je n'avais palpé le ventre que légèrement et avec de grandes précautions, dans la crainte de presser les parois intestinales contre quelque corps pointu susceptible de les perforer. Voyant que tous les fragments de verre accusés par la malade avaient été rendus, je me disposais à rechercher la position de l'étui et de la clef qui n'avaient pas encore paru dans les selles ; mais, à l'instant même, on a trouvé dans la garde-robe que la malade venait de rendre un petit morceau de tôle roulé sur lui-même, et provenant d'un encrier de poche. J'ai craint qu'il n'y en eût d'autres du même genre, et je me suis abstenu de toute pression, de toute percussion.

Mes appréhensions n'étaient que trop fondées. Le lendemain, en effet, on remarquait qu'un *bénitier en porcelaine*, qui était ordinairement attaché au mur de l'alcôve, près du lit, avait disparu. On pressait de questions la malade, et on apprenait d'elle que, pendant la nuit, tourmentée de nouveau par ses idées de suicide, elle avait saisi ce bénitier, l'avait brisé entre ses doigts sans faire de bruit, et en avait avalé plusieurs morceaux.

Il ne survint cependant d'autres accidents qu'un peu plus d'altération dans les traits, une fièvre légère, et des coliques qui pouvaient être vives, mais dont la malade se plaignait à peine.

Trois jours après, et à quelques heures d'intervalle, on trouvait dans les garde-robes deux fragments de porcelaine, qui étaient l'un triangulaire, l'autre irrégulièrement cordiforme; ils avaient l'un et l'autre 2 ou 3 centimètres dans un sens, 4 ou 5 dans l'autre. Je les ai examinés avec soin, et je déclare qu'ils étaient bien autrement pointus et tranchants que le verre ; la cassure, en effet, au lieu d'être perpendiculaire à la surface, était en certains endroits très-oblique, et la couche qui forme l'émail constituait un tranchant des plus acérés. Il n'y a eu cependant aucun symptôme de lésion intestinale ; pas de gonflement du ventre, pas de sang par l'anus.

Un peu plus tard, l'étui s'est présenté. C'était un étui en bois commun, ayant à peu près le volume et la longueur du doigt médius ; il était garni d'aiguilles, et cette circonstance m'aurait inquiété, sans la pensée que les liquides avec lesquels il allait se trouver en contact détermineraient le gonflement de ses parois, et par suite une occlusion plus complète. C'est en effet ce qui avait eu lieu ; le couvercle tenait si solidement qu'il fut d'abord impossible de l'ôter.

Ce n'est qu'au douzième jour, et alors que tous les autres corps

étrangers avaient disparu, que la clef s'est fait sentir au voisinage de l'anus. Elle est sortie sans trop de peine; elle était toute noire et oxydée. Sa longueur était de 11 centimètres ; son anneau avait 4 centimètres de large; sa pesantèur, on le voit, au lieu d'accélérer sa marche dans le tube digestif, n'a fait que la retarder.

Débarrassée de tous les corps étrangers qu'elle s'était introduits dans le tube digestif, et soumise à un régime doux, la malade est très-rapidement revenue à son état habituel de santé.

Mais elle est restée en proie à une mélancolie profonde, à un dégoût extrême de la vie, et l'on a bientôt pu reconnaître qu'elle était encore obsédée par ses funestes idées de suicide.

Vainement a-t-on essayé des distractions de tout genre, des voyages, d'un séjour de trois mois à Bordeaux, puis à Paris; rien n'a pu rendre au calme et à la raison cette pauvre malade.

Elle a fini par se tuer, et son genre de mort est assez rare chez les femmes pour que je le mentionne : étant à la campagne avec sa famille, elle a dérobé le fusil de son mari, est allée se cacher derrière une haie, et pressant avec le pied sur la détente, s'est fait sauter la cervelle !

Cette observation, à ne l'envisager que par son côté chirurgical, offre certainement de l'intérêt. Elle prouve que des corps étrangers, les uns pointus et tranchants, les autres lourds et de grande dimension, peuvent parcourir le tube digestif non-seulement sans entraîner la mort, mais même sans provoquer d'accidents véritablement graves. Elle doit dès lors empêcher qu'on ne se décide trop facilement, dans les cas analogues, à une opération aussi grave que l'entérotomie.

Séance du 2 mars 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER rapporte un cas où l'extrémité de la canule avait produit l'ulcération de la trachée et la division de sa paroi postérieure dans toute son épaisseur.

Le malade était bossu et ne pouvait respirer qu'en renversant fortement la tête en arrière, cette position vicieuse pouvait être la cause

de la pression exercée par la canule sur la trachée. Il existe encore à l'hôpital des Enfants d'autres cas d'ulcérations produites par des canules. M. Bouvier en conclut qu'il y aurait quelque chose à faire pour éviter ce danger ; mais il ne veut pas dire que la modification proposée par M. Morel soit la meilleure que l'on puisse trouver pour arriver à ce but.

M. HOUEL confirme l'assertion de M. Bouvier. Les internes de l'hôpital des Enfants ont présenté plusieurs fois à la Société anatomique des trachées ulcérées par la présence de canules. Sur la trachée d'un enfant qui avait gardé la canule cinq jours, l'ulcération s'étendait jusqu'à la bifurcation des bronches. Sur un autre, dont la canule était restée en place vingt-deux jours, et qui avait rendu des fausses membranes jusqu'au vingt et unième, il y avait une ulcération profonde qui avait détruit huit anneaux de la trachée. M. Houel pense que la facilité avec laquelle le contact de la canule produit l'ulcération de la trachée pourrait bien dépendre de l'épidémie actuelle.

M. GUERSANT a observé des ulcérations de la trachée, dans les cas surtout où la tête était mal placée, de sorte que le bout de la canule appuyait sur les parois du canal, comme dans le fait du bossu dont a parlé M. Bouvier. C'est là une preuve de plus de l'importance des petits soins après la trachéotomie. Il n'a jamais vu d'ulcérations lorsqu'on employait une canule bien faite et que la tête était maintenue dans une position convenable, ou mieux lorsqu'on la changeait souvent de position.

M. MOREL-LAVALLÉE ne comprend pas qu'on attache de l'importance aux soins consécutifs, sans en attacher en même temps à la canule ; il pense qu'il y aurait un avantage évident à pouvoir supprimer quelques-uns de ces soins, moyennant quelques modifications apportées à cet instrument.

M. Morel-Lavallée explique l'ulcération par les frottements du bord de la canule pendant les mouvements de la trachée.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON, juge du concours du Bureau central (médecine), demande un congé. (Accordé.)

— M. LEGOUEST annonce à la Société que M. Bégin, membre honoraire, vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Appelé auprès de lui par dépêche télégraphique, M. Legouest demande un congé pour la durée de son absence. (Accordé.)

— M. le docteur JUNQUET fait hommage à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, de son travail intitulé : *Observation de pneumocèle traumatique*. Montpellier, 1859, in-8°.

— M. NORMAND-DUFIÉ, qui a déjà envoyé à la Société un exemplaire de sa thèse inaugurale sur l'*Anesthésie provoquée* (Montpellier, 1858, in 8°), adresse aujourd'hui un deuxième exemplaire de ce travail, avec une lettre de candidature pour le prix Duval.

M. Normand-Dufié ayant occupé dans les hôpitaux militaires une position équivalant à celle d'interne des hôpitaux civils, est inscrit sur la liste des candidats au prix Duval (1858-1859).

M. CHASSAIGNAC soutient que tous les reproches adressés à son procédé par M. Guersant ne sont que des assertions déjà réfutées. M. Guersant admet l'avantage de la fixation de la trachée ; mais il la repousse à cause de la difficulté de l'introduction du ténaculum. Si cependant le principe est bon, les difficultés ne sont pas de nature à le faire repousser.

Pour l'hémorrhagie, M. Guersant convient qu'elle est moins à craindre avec une incision courte, mais il a peur qu'on ne rencontre l'artère thyroïdienne de Neubauer ; cette crainte semble peu fondée, car jusqu'ici on ne paraît pas avoir jamais trouvé cette artère pendant une opération. M. Guersant reconnaît encore qu'il y a avantage à introduire le dilatateur de bas en haut, et s'il y renonce, c'est à cause de la difficulté qu'on éprouve à le retirer après avoir placé la canule. Mais cette difficulté n'est rien auprès des avantages de la méthode, et surtout de la facilité extrême d'introduction de la canule. M. Chassaignac déclare qu'il opère toujours par sa méthode, qui doit ses avantages à la précaution de fixer la trachée avant de l'inciser, et d'introduire le dilatateur de bas en haut. En définitive, il ne trouve pas dans les arguments de M. Guersant de quoi lui faire abandonner son procédé.

M. GUERSANT trouve les idées de M. Chassaignac excellentes ; il ne blâme que ses instruments, parce qu'il trouve son ténaculum trop courbe et son dilatateur trop long. Pour remédier à ces inconvénients, il a fait faire un ténaculum coudé, comme l'aiguille de Deschamps, et il se sert du dilatateur ordinaire, dont il tourne la concavité en haut. Ainsi, s'il repousse les instruments, il n'en accepte pas moins les idées de M. Chassaignac.

M. BOUVIER présente le relevé suivant des trachéotomies pratiquées par les internes de l'hôpital des Enfants :

En 1853, M. Maurice pratiqua 2 trachéotomies par le procédé de

M. Chassaignac ; dans un des cas, il y eut une hémorrhagie ; les 2 opérations furent suivies de mort.

M. Isambert en pratiqua 2, suivies de mort ; dans l'une des deux, il y avait eu des difficultés pour l'introduction du dilatateur.

MM. Maingault et Aubrée en firent chacun une, suivies de mort.

Total : 6 trachéotomies par le procédé de M. Chassaignac, 6 morts.

Par le procédé mixte, consistant à découvrir la trachée avant d'y placer le ténaculum : M. Marc Sée a fait 2 trachéotomies, dont une suivie de guérison ; M. Isambert en a fait une, suivie de mort.

Total : 3 opérations, 1 succès, 2 morts.

En 1855, M. Isambert fait 4 opérations par le procédé de M. Chassaignac : 1 guérison, 3 morts.

En 1856, M. André fait une trachéotomie par le procédé de M. Chassaignac ; mort.

Il en fait 6 par le procédé mixte, toutes les 6 guérissent.

Total des opérations pratiquées par le procédé de M. Chassaignac en 1853, 1855 et 1856 : 12 opérations, 1 guérison.

Dans sa thèse (p. 25), M. André dit : « Dans une seule circonstance, alors que l'enfant mourait pendant les apprêts de l'opération, nous avons employé la méthode de notre ancien maître, M. Chassaignac... Nous trouvons plus de sécurité dans l'incision successive des couches molles qui recouvrent la trachée... »

Dans la thèse de M. Millard, nous trouvons les observations suivantes, dans lesquelles le procédé de M. Chassaignac aurait été suivi nécessairement d'hémorrhagie.

(P. 21, obs. IV) : « Fille, cinq ans et demi, guérison. Despaignet rencontre quelques difficultés à cause de la situation profonde de la trachée et de la présence de *deux veines qu'il faut écarter*. »

(P. 142, obs. IV) : « Fille, cinq ans, guérison. A 2 centimètres et demi du cartilage cricoïde, les jugulaires antérieures sont reliées par une branche transversale.... Il est décidé que l'incision sera faite plus haut que d'ordinaire, afin de s'arrêter au-dessus de cette branche veineuse, qui sera écartée et tirée vers le sternum au moyen d'une érigne. »

(P. 176, obs. XIX) : « Fille, quatre ans, guérison. Pérotê rencontre d'abord une veine superficielle, qui fournit une certaine quantité de sang, puis évite avec habileté une veine profonde située verticalement au-devant de la trachée. »

(P. 186, obs. XXIII) : « Fille, trois ans, mort. Cette opération (faite par Millard) est assez laborieuse à cause de la présence de deux

veines volumineuses, et je ne puis éviter une certaine perte de sang.»

(P. 224, obs. XLIV) : « Fille, sept ans et demi, mort (emphysème énorme). L'opérateur (M. Collin) écarte deux veines profondes audevant de la trachée, etc. (On a dû inciser au-dessous de l'isthme du corps thyroïde très-développé; plus tard on a dû agrandir l'ouverture de la trachée par en haut sans dépasser l'isthme.) »

M. Bouvier conclut que, sans rejeter complétement le procédé de M. Chassaignac, on ne doit le garder que pour des cas exceptionnels.

M. BROCA est plus partisan que M. Bouvier de l'emploi du ténaculum; il est convaincu que M. Chassaignac a été conduit à l'employer parce qu'il avait observé les inconvénients qu'il y a à inciser la trachée sans la fixer. Cependant M. Chassaignac a exagéré la longueur de l'opération par le procédé ordinaire; elle ne dure guère plus de deux ou trois minutes.

Quant à l'inconvénient de multiplier les instruments, M. Broca le trouve nul, car, lorsqu'on est forcé de prendre une canule et un dilatateur, peu importe de prendre en même temps d'autres instruments.

M. Broca admet sans restriction le procédé mixte dont M. Bouvier a fait ressortir les avantages. L'argument tiré de la nécessité des mouvements de la trachée est en contradiction avec la physiologie, et, d'un autre côté, lorsque. la trachée étant découverte, on y enfonce le ténaculum, il ne faut plus que quelques secondes pour que l'incision soit faite; ainsi, lors même qu'il y aurait un peu plus de difficulté à respirer, il n'en pourrait résulter aucun danger pendant un temps si court. Lorsque, au contraire, on incise sans fixer la trachée, on hésite souvent avant de trouver le point où l'on veut plonger le bistouri, et, de plus, si on substitue le bistouri mousse au bistouri pointu qui a fait la première ouverture, on risque de ne pas retrouver la ponction et d'être contraint d'en faire une seconde.

Pour l'hémorrhagie, il ne faut pas s'attendre à s'en mettre à l'abri par un procédé plutôt que par l'autre. A part l'ouverture des gros vaisseaux qu'on peut éviter, le sang peut couler par les capillaires qu'on divise nécessairement. Cette hémorrhagie capillaire paraît due à une altération particulière du sang, que M. Broca attribue à la diphthérite. Il a vu mourir d'une semblable hémorrhagie un enfant qui n'avait pas perdu plus de quelques gouttes de sang pendant l'opération; il en existe encore d'autres exemples. Dans un cas, le sang était si diffluent, que le chlorure de fer même en produisait difficilement la coagulation.

Si l'hémorrhagie a lieu, elle sera plus facile à arrêter si la plaie est grande.

En incisant d'un seul coup, on est exposé à couper des vaisseaux, des veines surtout, qui passent devant la trachée, comme M. Broca en a rencontré. Et la précaution d'opérer très-haut n'en mettrait pas à l'abri, car il n'y a en bas que des vaisseaux superficiels, tandis qu'en haut se trouvent les vaisseaux du corps thyroïde, dont la division est bien plus grave, et c'est là que M. Chassaignac fait son incision. Il aura donc, comme les autres, des hémorrhagies, mais il aura plus de peine à les arrêter.

Enfin, M. Broca reproche au procédé de M. Chassaignac de manquer de précision, parce qu'on ne sait pas à quelle profondeur on doit aller, ni à quelle profondeur se trouvent les instruments. M. Chassaignac s'en rend compte, grâce à l'habileté qu'il a acquise, mais il n'en est pas de même pour les autres.

M. CHASSAIGNAC dit que son procédé consiste essentiellement dans la fixation de la trachée, et l'introduction du dilatateur de bas en haut; ainsi ce qu'on a appelé méthode mixte lui appartient aussi bien que l'incision d'un seul coup. Pendant toute l'année 1856 M. André a fixé le cartilage cricoïde, et les succès ont été nombreux; plus tard, ils sont devenus plus rares quand on a abandonné cette pratique; ainsi ce procédé réussit mieux que le procédé ordinaire. M. Millard dit qu'on maintient longtemps l'immobilité de la trachée, mais on peut suivre ses mouvements avec le ténaculum, et d'ailleurs, une fois qu'il est introduit, on peut terminer l'opération très-vite.

— M. LE PRÉSIDENT communique à la Société la lettre suivante, de M. Hervez de Chégoin.

« Monsieur le président,

» En voyant se renouveler avec une multiplicité affligeante, même entre les mains les plus habiles et les plus soigneuses, les cas de mort par le chloroforme, j'ai pensé que la Société de chirurgie ne trouverait pas inopportune la proposition que j'ai l'honneur de lui adresser :

» De vouloir bien examiner s'il n'y a pas lieu de suspendre l'usage de cet agent si précieux et si dangereux, jusqu'à ce que de nouvelles études sur sa composition, son mode d'administration et sur les moyens de limiter son action, nous aient appris à nous en servir avec une innocuité constante, ou nous fassent un devoir, par l'incertitude toujours la même d'obtenir cette sécurité, d'y renoncer définitivement.

» Agréez, etc. HERVEZ DE CHÉGOIN. »

— M. le docteur GIBERT (de Genève) présente un enfant atteint de coxalgie, traité depuis six semaines par des manipulations, et actuellement en pleine voie de guérison.

Résumé de l'observation. — Cet enfant, âgé de huit ans, blond, lymphatique, a été pris, au mois de mars 1858, d'une douleur au genou droit, légère d'abord, puis un peu plus vive, accompagnée de claudication. Pendant trois mois l'enfant continue ses occupations ordinaires, ne présentant que ces deux phénomènes : douleur dans la cuisse et le genou, et claudication. Au mois de juin, douleur à la hanche ; l'enfant est obligé de s'aliter.

Dans le courant de l'été, saison aux bains de mer, sans aucun résultat heureux.

Au mois d'octobre, appareil Martin.

Dans les premiers jours de janvier 1859 M. le docteur Monod me prie de suivre le petit malade, que je trouvai dans l'état suivant, après que j'eus enlevé l'appareil Martin.

Le membre abdominal droit est dans l'abduction et la rotation en dehors. La flexion apparente de la cuisse sur le bassin est peu prononcée ; mais une assez forte ensellure des lombes prouve que la flexion réelle est assez considérable, de 20 à 25 centim. environ. L'allongement apparent est de 2 centimètres et demi, et l'épine iliaque du côté droit est abaissée de 1 centim. et demi.

Effacement du pli de l'aine, aplatissement de la fesse et effacement du pli fessier.

Les mouvements apparents sont assez étendus ; les mouvements réels sont très-limités et ne se font que dans l'étendue de 5 à 6 cent. environ.

L'enfant ne peut pas marcher ; dès qu'il appuie le pied à terre, le corps s'affaisse ; c'est, du reste, la faiblesse plus que la douleur qui domine.

A aucune époque de la maladie il n'y a eu de tuméfaction de la région fessière ou inguinale. Il s'agit ici d'une coxalgie non suppurante.

La santé générale est satisfaisante. Je fis supprimer l'appareil Martin, et immédiatement je commençai des manipulations en suivant les règles que j'ai développées dans ma thèse inaugurale, et que je résume ainsi : mouvements quotidiens prolongés pendant un quart d'heure ou une demi-heure ; d'abord ceux de flexion, plus tard ceux d'adduction, d'abduction et de rotation, en ayant soin de ne jamais dépasser la quantité de mouvement réel et de ne jamais produire de douleur.

La contracture musculaire, extrêmement faible, n'a jamais opposé

de sérieux obstacles aux manipulations. La roideur de la jointure, la fausse ankylose, étaient dues aux parties fibreuses, selon toute apparence.

Afin de contribuer au rétablissement de la contractilité musculaire très-affaiblie, je fis placer une barre de fer transversalement au-dessus du lit de l'enfant, avec une poulie mobile. Au moyen d'une corde passant dans la poulie, l'enfant pouvait faire mouvoir sa jambe malade, et pendant cet exercice on avait soin d'immobiliser le bassin.

Dans les premiers jours de février, je fis essayer la marche avec prudence, et graduellement j'augmentai l'espace de temps consacré à la promenade.

Actuellement, 1er mars, l'enfant est dans l'état suivant : l'allongement apparent, la flexion, l'abduction, ont *presque* complétement disparu. Les mouvements physiologiques de la jointure sont, à un pouce près, aussi étendus qu'à gauche; le mouvement de rotation seul, comme le constate M. le docteur Bouvier, est encore douloureux quand on veut le porter aussi loin qu'à gauche. L'enfant marche en boitant un peu et en portant la pointe du pied en dehors.

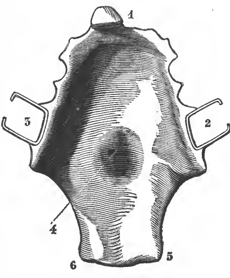
— M. PRÉTERRE présente deux malades qui sont le sujet de la communication suivante :

« J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux appareils prothétiques que j'ai construits pour deux malades appartenant, l'un au service de M. le professeur Gosselin, et l'autre au service de M. le docteur Huguier.

» Le premier de ces malades, porteur d'une division congénitale de la voûte et du voile du palais, est entré le 6 janvier 1859 à l'hôpital Cochin. A cette époque, la déformation comprenait toute la moitié postérieure de la voûte palatine; l'écartement, très-considérable, laissait entre les deux bords de l'arcade dentaire supérieure un intervalle d'environ 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres. Les deux moitiés se relevaient suivant une obliquité très-grande, et les deux lambeaux du voile semblaient se confondre avec les parois latérales du pharynx. M. le professeur Gosselin, après quelques tentatives heureuses destinées à combattre une extrême sensibilité des parties, se décida, le 12 janvier, à faire l'opération, dont le manuel rappelle la méthode de M. Roux. Après avivement préalable, cinq points de suture métallique réunissent les lambeaux, et quelques jours après la réunion est parfaite à la partie postérieure. Restait à combler une perforation médiane longue d'environ 1 centimètre 1/2, et large de 8 ou 9 millimètres. Chargé par M. Gosselin de construire l'appareil prothétique nécessaire, je me suis

décidé, pour ce cas intéressant, à l'emploi d'une substance nouvelle dont l'invention est encore due aux Etats-Unis.

» L'appareil (1, 6, 5) se compose d'une plaque exactement moulée, d'après des procédés nouveaux, sur la voûte palatine. Cette plaque est armée de deux lames (2 et 3) en or, et porte à son bord antérieur une incisive médiane droite en pâte minérale. Au niveau de la perforation et à la face supérieure de l'appareil, se trouve un léger appendice (L) de forme ovale, faisant saillie et emboîtant par ses bords la scissure.



» Le malade n'a son appareil que depuis quelques jours à peine, et cependant il en a déjà une extrême habitude. Il le manie sans la moindre difficulté, et l'élocution semble s'améliorer.

» Notre seconde malade est entrée à l'hôpital Beaujon, portant une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire gauche. Cette femme, opérée par M. Huguier, a rapidement guéri; mais, après cicatrisation complète, il subsistait une déformation inévitable que pourtant il fallait réparer, pour rendre à la malade une élocution facile et la mastication du côté gauche. Ici le vide à combler était plus considérable encore que dans le cas précédent; et, comme la substance nouvelle a pour principale qualité son extrême légèreté, j'ai pensé qu'il serait bon sinon d'appliquer complétement la méthode, du moins de recourir à son emploi pour une partie de l'appareil. Après avoir construit par les procédés ordinaires une plaque métallique parfaitement emboutie sur les surfaces palatines, et découpée au collet des dents pour en embrasser les contours, j'ai fixé sur cette plaque, comme un bloc, et au niveau de la cavité à remplir, la substance nouvelle, ce bloc s'adaptant, du reste, avec perfection aux détails de la cavité.

» Pour compléter la description, j'ajouterai que tout le bord gauche de l'appareil porte les dents qui manquaient à l'arcade dentaire supérieure.

» La malade ôte et remet son appareil sans la moindre difficulté ; elle mâche bien, et l'usage complet de la parole est retrouvé.

» En présentant à la Société de chirurgie ces deux faits, je désire faire constater le progrès important de la prothèse américaine, et montrer comment les plus hautes difficultés doivent être aujourd'hui combattues. Grâce à la nouvelle méthode, des procédés presque mécaniques, et par conséquent infaillibles, remplacent avec grand avantage les efforts infructueux et toujours laborieux des artistes les plus intelligents.

» Je suis heureux d'être, cette fois encore, le premier à mettre sous les yeux de la chirurgie française une aussi précieuse ressource. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Desormeaux.

ÉTAT CIRSOIDE DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS,

compliqué de phlébectasie artérielle.

Observation communiquée à la Société de chirurgie de Paris par le Dr Letenneur (de Nantes), membre correspondant.

P....., cultivateur, âgé de quarante-trois ans, demeurant à Ancenis (Loire-Inférieure), fut amené à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 27 mai 1857, à huit heures du soir, pour y subir immédiatement l'amputation du bras droit nécessitée par une hémorrhagie abondante, liée à l'existence d'une lésion grave des vaisseaux artériels et veineux de ce membre.

Le malade nous raconte, et ses souvenirs ne vont pas au delà, qu'à l'âge de sept ans il se fit au doigt annulaire de la main droite, avec une faux, une blessure profonde, qui eut pour conséquence une ankylose angulaire de la deuxième phalange sur la première.

Dès cette époque, il existait une dilatation très-notable des veines superficielles de la main et de l'avant-bras ; cette dilatation a toujours été en augmentant, et causait une grande gêne, ainsi qu'un engourdissement d'autant plus marqué que la main restait plus longtemps dans une position déclive. Néanmoins, cet état n'empêcha pas P... de se li-

vrer aux travaux des champs, et ce n'est qu'à l'âge de quarante ans que, son mal s'aggravant, il lui devint impossible de se servir de la main droite.

A l'âge de vingt-deux ans, il s'était blessé une seconde fois à l'annulaire droit ; la plaie saigna beaucoup, et ne se cicatrisa qu'en laissant à sa place une tumeur du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur s'accrut peu à peu, et était arrivée dans les derniers temps au volume d'une petite noix.

Le malade ne peut nous dire si elle était le siége de battements. Quoi qu'il en soit, cette tumeur s'étant ulcérée, donna lieu, le 24 mai 1857, à une hémorrhagie extrêmement abondante, qui ne fut arrêtée qu'au moyen d'une énergique compression. Trois jours après, nouvelle hémorrhagie qui mit en danger la vie du malade, et pour laquelle on appliqua au-dessus de la tumeur une ligature circulaire, grâce à laquelle on se rendit maître du sang.

C'est alors que le médecin de P..., le docteur Thoinnet, le décida à venir à Nantes, où il l'accompagna lui-même.

A part la blessure dont nous avons parlé, aucune autre lésion, de quelque nature que ce soit, n'a atteint le membre supérieur ; ajoutons qu'il n'y a jamais eu non plus de saignée pratiquée de ce côté.

En arrivant près du malade, je constatai l'état suivant :

Pâleur générale et faiblesse extrême ; le pouls, exploré à gauche, est petit, fréquent et dépressible.

La main et l'avant-bras droits, posés sur un coussin, ont pour ainsi dire doublé de volume, et présentent une coloration violacée.

Sur le dos de la main, les veines, ayant la grosseur du doigt médius, sont sinueuses, repliées sur elles-mêmes, et ressemblent à un amas de grosses sangsues.

Toutes les veines superficielles de l'avant-bras ont subi une dilatation aussi considérable, mais sont moins sinueuses que celles du dos de la main.

Un mouvement faible, mais appréciable, isochrone aux battements du pouls, se fait sentir même dans les veines dorsales.

Lorsqu'on imprime le moindre mouvement au membre, on voit le liquide osciller dans les veines, et le malade se plaint d'une vive douleur et d'une sensation qu'il désigne tour à tour sous le nom de flot ou de vague. C'est l'ondulation veineuse de Bonnet (de Lyon).

La dilatation des veines ne dépasse pas sensiblement le coude.

En touchant légèrement avec l'extrémité du doigt ou avec la main posée à plat les veines de la face dorsale du membre, on sent un fré-

missement vibratoire continu, non saccadé, sans pulsations, excessivement énergique, et ne s'affaiblissant un peu qu'en approchant du coude.

Lorsqu'on comprime l'artère brachiale au milieu du bras, le thrill cesse immédiatement, et on observe pendant un instant une augmentation de volume des veines, coïncidant avec une sorte d'ondulation de recul. La douleur occasionnée par cette expérience empêche de la prolonger davantage.

Du côté de la face palmaire, le thrill se fait sentir également, mais ici il est uni aux battements artériels, qui sont beaucoup plus étendus et beaucoup plus énergiques que du côté sain; il est, par conséquent, continu, saccadé.

Bien que les artères radiale et cubitale fassent sentir leurs battements dans une plus grande étendue que de coutume, et même sur tous les points de la face palmaire de l'avant-bras, au tiers inférieur, elles ne présentent aucune tumeur appréciable au toucher à travers les masses veineuses qui existent sous la peau.

En appliquant l'oreille sur le dos de la main et sur tout le trajet des veines radiales, on entend un bruit de souffle continu très-violent.

A la face antérieure du membre, le bruit de souffle est continu, mais avec des renforcements plus sonores, coïncidant à chaque diastole artérielle.

Plus on se rapproche du poignet, plus le bruit continu l'emporte sur le bruit diastolique.

Quand on ausculte, au contraire, en se rapprochant du pli du coude, le bruit diastolique l'emporte sur le bruit continu.

Le thrill et le bruit de souffle vont en s'amoindrissant jusque dans le creux de l'aisselle.

Il existe au cœur, pendant les deux bruits, un souffle assez marqué, qu'on ne peut attribuer à l'anémie, puisqu'il avait disparu dès le lendemain de l'opération.

La température du membre paraît, au toucher, plus élevée que du côté opposé.

Enfin, je dois noter que, contrairement à la remarque faite par M. Broca dans les anévrysmes artérioso-veineux (1), le système pileux du membre malade n'avait subi aucune modification appréciable.

---

(1) On verra tout à l'heure que sur le malade de M. Letenneur il n'y avait aucune communication artérioso-veineuse. Le développement du sys-

Je diagnostiquai *un état cirsoïde des artères de l'avant-bras, compliqué de phlébectasie artérielle*, c'est-à-dire du passage du sang artériel dans les veines variqueuses.

Comment et par quel mode le système artériel communiquait-il aussi largement avec le système veineux?

Rien dans les commémoratifs de la maladie et dans l'examen du membre ne permettait de croire à un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude ou de l'avant-bras.

Il était assez probable que la tumeur du doigt annulaire, qui avait été le siége des hémorrhagies, était un anévrysme de cette espèce; mais l'étranglement produit à la base du doigt par la ligature dont j'ai parlé plus haut avait anéanti complétement la circulation dans cette partie.

Il était donc évident que la communication entre les artères et les veines avait lieu par le réseau capillaire dilaté.

Contre un pareil état, il n'y avait pas d'autre remède à employer que l'amputation. Elle fut pratiquée, séance tenante, un peu au-dessus du tiers inférieur du bras, dans le point où le thrill et le bruit de souffle semblaient n'exister que par retentissement de voisinage.

L'opération présenta quelques particularités que je ne puis passer sous silence :

La compression de l'artère, soit au bras, soit même dans l'aisselle, ne diminuait que d'une manière peu sensible la masse de sang qui remplissait les veines.

C'est pourquoi, après que le malade eut été soumis à l'action du chloroforme, et pendant qu'un aide comprimait l'artère dans l'aisselle, j'appliquai une ligature au-dessus du coude, afin de prévenir, autant que possible, l'écoulement considérable de sang qui devait résulter de la section des veines.

Malgré cette précaution, un double jet de sang rutilant, évidemment artériel, s'échappa avec violence par le bout inférieur de la basilique et de la céphalique.

L'amputation terminée, le sang coulait abondamment par la plaie, et était fourni non-seulement par les artères, mais encore :

1° Par les veines basilique et céphalique, dont le bout supérieur dilaté laissait couler le sang en bavant;

---

tème pileux n'a d'ailleurs été décrit par M. Broca que comme un phénomène très-inconstant de la varice anevrysmale. (*Note du secrétaire.*)

2° Par une des veines humérales qu'on ne pouvait distinguer de l'artère que parce qu'un des orifices donnait un jet saccadé et l'autre un jet continu;

3° Par le canal médullaire, d'où le sang s'échappait en nappe, et put, quoique avec peine, être arrêté par la compression au moyen d'une boulette de charpie.

Les trois veines dont j'ai parlé furent liées comme l'artère humérale et un grand nombre d'artères musculaires. Ces veines avaient les parois aussi épaisses que celles des artères, et, comme elles, ne s'affaissaient point après la section.

Après la ligature des vaisseaux, qui fut faite aussi vite que possible, le malade eut quelques défaillances. Lorsqu'il fut en état de parler, il se plaignit des secousses qu'il ressentait dans son bras, et qui étaient causées par le choc de la colonne sanguine contre la ligature de l'artère humérale.

Ce choc était, en effet, bien violent, car il imprimait à l'extrémité de l'artère un mouvement très-remarquable. A chaque diastole, le bout de l'artère était projeté en avant de plus d'un centimètre, puis le retrait du vaisseau avait lieu en deux temps très-distincts :

1° Un retrait brusque, comme un tube de caoutchouc qui revient sur lui-même après avoir été tendu;

2° Un retrait lent, en quelque sorte vermiculaire.

Pendant trois jours, le choc de l'artère était assez violent pour soulever la main à travers tout l'appareil.

Dès le quatrième jour, les battements cessèrent, et je n'eus plus à craindre une hémorrhagie secondaire.

Dix jours après l'opération, redoutant l'infection purulente, je conseillai au malade de retourner chez lui, où il reçut les soins éclairés du docteur Thoinnet.

La cicatrisation de la plaie fut prompte et régulière, et la guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à ce jour (26 octobre 1857).

Examen du membre amputé. — Les vaisseaux n'ont point été injectés, mais ils ont été disséqués avec le plus grand soin.

Veines. — Les veines superficielles sont partout énormément dilatées. Sur le dos de la main, elles forment par de nombreuses anastomoses un plexus presque inextricable; dans ce point, il y a des veines dans lesquelles on peut faire pénétrer le pouce.

Les veines collatérales des doigts ont le volume d'une plume d'oie. Les veines profondes sont beaucoup moins dilatées. Les veines superficielles au-dessus du tiers inférieur du membre et une des veines hu-

mérales ont leurs parois épaisses, dures, artérialisées, et restent béantes après la section.

Une injection d'eau pénètre de haut en bas dans les vaisseaux, et démontre l'insuffisance des valvules.

Dans toute la longueur du membre, la dissection a permis de constater que les veines n'adhéraient dans aucun point aux artères, et par conséquent ne communiquaient point avec elles.

Artères. — L'humérale, au point choisi pour l'amputation, est parfaitement saine; au pli du coude, elle a subi une certaine élongation, et son calibre est un peu augmenté.

La radiale et la cubitale, dans leur tiers supérieur, sont sinueuses; leur volume est doublé; leurs parois sont dures, épaisses, résistant sous le scalpel, mais sans incrustations calcaires.

Dans les deux tiers inférieurs, ces vaisseaux sont beaucoup plus volumineux, contournés sur eux-mêmes en tous sens, et rappelant parfaitement, mais d'une manière exagérée, la disposition des artères représentées par M. Breschet dans sa première planche (*Mémoires de l'Académie de médecine*).

Les parois de l'artère radiale sont épaissies dans toute leur étendue. Les parois de l'artère cubitale sont, au contraire, amincies dans le tiers inférieur de l'avant-bras, et s'affaissent sur elles-mêmes. La lumière de ce dernier vaisseau présente en un point 8 millimètres de diamètre.

Sur le trajet de la radiale, on trouve deux anévrysmes vrais, sacciformes, gros comme des noisettes.

Sur un point de la cubitale, les sinuosités du vaisseau sont si prononcées et groupées dans un si petit espace, qu'on a de la peine à suivre son trajet, d'autant plus que le calibre de cette artère présente en cet endroit des rétrécissements et des dilatations très marqués et très-rapprochés les uns des autres.

En passant de l'avant-bras à la main, les artères reprennent à peu près leurs caractères normaux.

Les arcades superficielle et profonde sont très-légèrement sinueuses et un peu plus volumineuses que de coutume; on en peut dire autant des artères collatérales des doigts.

Sur la face dorsale du doigt annulaire, on suit une artère accolée à une veine de la grosseur d'une plume de corbeau; puis, au niveau de la tumeur dont nous avons parlé et qui existait au côté interne de ce doigt, les deux vaisseaux se séparent; l'artère poursuit son trajet, et la veine vient s'ouvrir dans la cavité de la tumeur par un orifice dé-

chiqueté, béant, facile à voir après qu'on eut chassé, au moyen d'un filet d'eau, les caillots contenus dans la poche.

Aucun autre orifice vasculaire n'a pu être retrouvé sur la surface interne de la cavité, qui était tapissée par une couche de tissu noirâtre comme gangrené.

A l'extrémité des doigts on a cherché, mais en vain, à retrouver entre les artères et les veines des communications directes par inosculation.

Les anévrysmes cirsoïdes observés à l'avant-bras et à la jambe par Breschet n'étaient point accompagnés de varices donnant passage à du sang artériel ; du moins l'auteur se tait complétement sur ce point.

Dans la discussion qui s'éleva à l'Académie de médecine au sujet du mémoire de M. Robert sur l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, M. Velpeau rappela qu'il avait observé un cas d'anévrysme cirsoïde à l'avant-bras et à la paume de la main, mais il ne parle pas non plus de l'existence de varices artérialisées.

L'observation précédente offre donc, sous ce rapport, un intérêt tout spécial.

Cette double lésion des artères et des veines paraîtrait, au contraire, assez commune dans l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu.

M. Robert a dit à ce sujet : « S'il y a complication de varices, la peau offre une couleur rouge-violacée ou brune, propre à ce genre d'altération. »

Sans doute il n'y a rien là qui fasse supposer que les veines contiennent du sang artériel, mais la phrase suivante a une signification bien autrement caractéristique : « S'il y a hémorrhagie, ajoute M. Robert, le sang est moins vermeil que le sang artériel proprement dit, il s'élance avec moins de force, le jet en est continu et moins fortement saccadé. »

Il me paraît évident que le sang provient alors des veines et non des artères, car je ne comprendrais pas comment il aurait perdu, lorsqu'il circule encore dans ces derniers vaisseaux, ses caractères essentiels.

Dans les cas analogues à celui que j'ai observé, la communication entre ces deux ordres de vaisseaux est assez facile et assez prompte pour que le sang, en arrivant dans les veines, ressemble encore beaucoup au sang artériel ; d'un autre côté, en traversant les nombreuses anastomoses que forme le réseau capillaire dilaté, la colonne sanguine a été pour ainsi dire brisée, et ne reçoit que d'une manière très-incomplète l'impulsion saccadée qui lui vient du ventricule gauche du cœur.

J'ajoute que dans l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu le sang qui s'échappe des veines doit toujours recevoir un choc intermittent communiqué par les artères voisines.

Chez mon malade, il m'a été impossible de saisir cette nuance indiquée par M. Robert dans la couleur du sang. Tandis que les petites veines donnaient du sang noir, celui qui sortait des grosses veines était aussi rouge que celui fourni par les artères.

Il ne m'a pas été permis non plus de reconnaître pendant l'opération si le jet de sang provenant des veines était légèrement saccadé ; mais il est probable qu'il en était ainsi, puisque nous avions constaté l'existence du pouls veineux même dans les points les plus éloignés des artères, ce qui prouve que ce mouvement existait bien dans les veines elles-mêmes.

Du reste, on conçoit très-bien que le passage du sang des artères dans les veines ne doit pas se faire toujours avec la même facilité, et qu'il peut en résulter des nuances nombreuses dans les symptômes.

Dans l'observation qui précède, il est un ordre de phénomènes dont l'importance au point de vue de la physiologie pathologique ne saurait être méconnue : je veux parler des bruits vasculaires.

En général, le thrill et le souffle existent dans des régions où des veines et des artères se trouvent réunies ; de sorte qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer et d'isoler par la pensée ce qui se passe dans les deux ordres de vaisseaux : de là la dissidence qu'on trouve dans les auteurs à propos de la théorie de ces bruits. Or il me semble que nous trouvons ici des éléments précieux pour la solution de la question.

Rappelons d'abord qu'en auscultant la face palmaire de l'avant-bras, on entendait chez mon malade le bruit de souffle à double courant, ou le souffle artérioso-veineux, c'est-à-dire un souffle continu saccadé ; que ce double bruit avait son summum d'intensité vers le tiers inférieur du membre, là où de nombreuses varices superficielles recouvraient les artères radiale et cubitale, offrant précisément dans ce point l'altération cirsoïde au plus haut degré.

L'explication adoptée par la plupart des chirurgiens sur la production du souffle artérioso-veineux a été formulée par M. Broca (*Traité des anévrysmes*) dans les termes suivants : « Ce bruit, à proprement parler, ne se produit ni dans l'artère ni dans la veine, bien qu'il retentisse à la fois dans ces deux vaisseaux ; il se forme au niveau même de l'orifice, dont les bords sont mis en vibration par le passage continuel, rapide et anormal du sang. » — « Comme le thrill, il s'affaiblit

à mesure qu'on s'éloigne de l'orifice de communication..... Le souffle artérioso-veineux et le thrill présentent l'un avec l'autre de nombreuses analogies, et il n'en peut être autrement, puisque ces deux phénomènes dépendent d'une même cause : la vibration des bords de l'orifice de communication. »

Quelque séduisante que soit une théorie, il faut bien qu'elle s'incline devant les faits. Or, nous avons vu que chez mon malade les phénomènes dont nous venons de parler existaient au plus haut degré, et que cependant il n'y avait pas d'anévrysme artérioso-veineux.

Le souffle artérioso-veineux se compose d'un bruit doux et continu, et d'un bruit éclatant et intermittent.

Le premier de ces bruits existait, ainsi que le thrill, sans mélange aucun avec le mouvement et le bruit diastoliques, dans les veines de la face dorsale de la main et de l'avant-bras. Dans toutes les veines de cette région, le souffle continu et le frémissement vibratoire se retrouvaient en effet avec *une égale intensité* depuis la base des doigts jusqu'auprès du coude, c'est-à-dire dans tous les points où les veines présentaient une grande dilatation. Il y a donc *un bruit veineux* indépendant des bruits artériels, et n'ayant pas son origine dans la vibration des bords d'un orifice de communication entre les artères et les veines.

Comme causes de ce bruit, nous devons indiquer l'épaississement des parois veineuses, la rapidité exagérée du courant sanguin, enfin la nature du sang, qui ne différait pas d'une manière appréciable du sang artériel.

Les mêmes conditions existant dans les veines de la face palmaire du membre, on y observait également le souffle continu et le thrill ; mais ici on trouvait en même temps le souffle intermittent ou *bruit artériel*, dont le siége était nécessairement dans les artères malades de cette région.

Ainsi, l'absence d'un orifice de communication entre les veines et les artères, et la facilité avec laquelle il est possible d'analyser et de décomposer le souffle artérioso-veineux, viennent infirmer de la manière la plus positive la théorie la plus généralement admise, et confirmer, au contraire, les idées développées par M. Monneret dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* (volume IIIe.)

Séance du 9 mars 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule. — M. Morel-Lavallée. Je vous présente un cas extrêmement rare, presque unique; c'est qu'il faut des circonstances vraiment exceptionnelles pour qu'un os perde ainsi tous ses rapports articulaires. L'astragale est celui qui en a offert le plus d'exemples; tantôt, sous la pression oblique du tibia, il est chassé de sa loge comme un noyau de cerise entre les doigts; tantôt, par un mécanisme moins facile à saisir, il se retourne sens dessus dessous, et se luxe pour ainsi dire sur place. Quelques autres os courts sont susceptibles de lésions analogues; mais l'os des iles est le seul des os plats où on l'ait constatée. J'ai cité (*Thèse sur les luxations compliquées*) le seul fait qui soit à ma connaissance; c'est celui d'un cavalier qui fut lancé à terre et sur lequel son cheval s'abattit : l'os des iles du côté gauche fut trouvé, à l'autopsie, complétement luxé à ses deux extrémités. Il y a un os long qui forme à cet égard un contraste singulier, contraste qui semble être passé inaperçu, et qui méritait cependant d'être remarqué. En effet, cet os se déplace si souvent à la fois à ses deux extrémités, qu'on a regardé cette luxation simultanée comme la règle; — c'est le maxillaire inférieur.

Mais cet os présente une disposition unique : il est replié sur lui-même, de façon que ses deux extrémités, situées sur la même ligne transversale, doivent être souvent affectées au même degré par l'abaissement excessif de sa partie moyenne. C'est donc, à ce point de vue, un os auquel sa conformation et ses connexions ont assigné une place à part. Effectivement la lésion redevient rare pour les autres os longs. Boyer l'a rencontrée une fois sur le péroné, qui, repoussé en haut par une luxation du pied, se déplaça à ses deux articulations et remonta le long du tibia.

Je n'en ai pu découvrir que deux exemples pour le cubitus (*thèse citée*), et le seul que je connaisse pour l'humérus est celui que j'ai observé sur une des victimes de la catastrophe du chemin de fer de Versailles, et dans lequel il y avait à la fois luxation de l'avant-bras en

arrière et luxation de l'humérus en haut et en dehors, avec issue des deux tiers de longueur de cet os à travers les chairs de l'épaule.

Enfin, jusqu'ici, on ne connaissait qu'un seul fait de luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule ; encore l'observation qu'on en a publiée est-elle très-incomplète. J'ai pensé que le nouvel exemple que je soumets à votre examen n'en aurait que plus d'intérêt pour vous.

Ce malade, du nom de Louis Meunier, est un bijoutier âgé de quarante ans, et demeurant rue des Écluses, 25. Il est, comme vous voyez, d'une moyenne complexion.

Voici comment l'accident lui est arrivé. Par suite de manque d'ouvrage dans son état, il faisait momentanément celui de voiturier. Le 18 février dernier, sa voiture le gagne en longeant un tas de planches ; le côté gauche appuyé contre un des angles de cette pile de bois, la roue qui s'avance derrière lui porte violemment sur la partie postérieure et externe de l'épaule droite. Un fort craquement, accompagné d'une vive douleur, se produit dans l'épaule droite et dans le cou, ainsi que dans le côté gauche.

Le lendemain, à la visite, voici ce que nous constatons :

Les *mouvements* actifs du membre sont rendus impossibles par la douleur qu'ils déterminent à l'épaule ; les mouvements passifs sont tous conservés.

L'*attitude* est, dans son degré le plus prononcé, celle des fractures et des autres luxations de cet os : membre pendant sur le côté du corps, l'avant-bras soutenu par l'autre main, la tête inclinée du côté malade et presque immobile. Il est vrai que la tête ayant été un peu atteinte par la roue, la difficulté de ses mouvements a une cause complexe. Le trait le plus saillant de l'attitude est l'abaissement considérable du moignon de l'épaule.

La *déformation* est des plus caractéristiques : les creux sus et sous-claviculaires, assez profonds du côté sain, sont entièrement effacés. Mais ce qui frappe surtout, c'est une tumeur située en avant et un peu au-dessous de la fourchette sternale, tumeur sans changement de couleur aux téguments, dure, du volume d'une noix, et se continuant manifestement avec la clavicule, dont elle partage les mouvements. La position exacte de la tumeur, que l'absence de gonflement permet parfaitement de reconnaître pour l'extrémité sternale de cet os, est celle de la luxation complète en avant, mais à peine complète.

La tête de la clavicule fait saillie de toute son épaisseur au-devant de la cavité qu'elle a quittée, mais sans tendance bien marquée à

croiser le sternum en dedans ; et au lieu de descendre, comme c'est la règle dans la luxation en avant, elle s'élève plutôt un peu. Elle semble passer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, dont l'externe est devenu plus antérieur. Comme la tête de la clavicule masque la cavité qu'elle a abandonnée, celle-ci est assez difficile à explorer ; le doigt en reconnaît cependant la vacuité et même la configuration.

On ne saurait donc au fond méconnaître une luxation en avant ; mais en suivant du doigt la clavicule à partir de son extrémité interne, on trouve un changement singulier dans la direction de cet os, dont l'extrémité externe, au lieu de se porter au moignon de l'épaule, répond juste au milieu de l'intervalle qui sépare l'épaule de la partie latérale du cou ; c'est au point que la clavicule semble affecter une position antéro-postérieure, perpendiculaire à celle qui lui est naturelle.

Son extrémité externe soulève les téguments et se reconnaît à la vue et au toucher de la manière la plus nette, à sa forme aplatie et régulière.

Elle est située à près de trois travers de doigt de la facette articulaire de l'acromion, un peu au-dessus de l'épine scapulaire, qu'elle ne déborde pas sensiblement.

Le relief de l'extrémité claviculaire sur l'acromion, très-prononcé du côté sain, a entièrement disparu du côté malade, comme la clavicule a disparu de la facette articulaire de l'acromion.

Il n'y a plus dans ce point qu'une sorte de petit bourrelet à résistance élastique, qui ne peut être autre chose que le fibro-cartilage resté attaché à l'acromion.

La clavicule mesure d'ailleurs 16 centimètres, comme celle du côté sain. L'extrémité externe de cet os est donc également luxée. Par suite de son déplacement en arrière, la portion du trapèze insérée à la clavicule forme, par son relâchement, une tumeur mollasse du volume d'une moitié d'orange. Cette tumeur est située, bien entendu, derrière l'extrémité externe luxée, et par conséquent plus près du cou que du moignon de l'épaule.

Il semblerait que la distance de l'acromion au sternum dût être diminuée, et cependant elle donne 19 centimètres des deux côtés, le malade étant sur son séant, et les épaules autant que possible à la même hauteur.

La clavicule n'est pas mobile, comme pourrait le faire présumer la rupture complète de tous les ligaments.

Par une pression alternative exercée sur les extrémités, elle exécute aisément, suivant sa longueur, un mouvement de navette d'environ

2 centimètres ; mais latéralement elle résiste à toute pression, à tout effort, excepté à son extrémité interne, qui rentre et ressort aisément.

Chose remarquable, cette luxation antérieure de l'extrémité sternale, se réduisait par une impulsion de l'épaule en arrière. C'est que cette manœuvre, en raison du changement de direction de la clavicule, n'agissait plus par un mouvement de bascule ; mais l'épaule, portée en arrière, attirait directement dans ce sens la clavicule, dont l'extrémité interne retombait dans la cavité.

Les jours suivants, et dès le lendemain, par je ne sais quelle cause, cette manœuvre échouait, et la luxation n'était plus réductible que par une impulsion de l'épaule en avant. Mais celle de l'extrémité externe résista à tous nos efforts, même à un crochet d'acier enfoncé à travers la peau sur la face supérieure de cette extrémité, avec la précaution préalable d'avoir poussé la peau en sens inverse, en arrière, afin de faciliter le jeu du crochet.

Cette tentative resta sans succès comme sans inconvénient.

Quant à la réduction de l'extrémité interne, un 8 de chiffre fait avec une alèze pliée en cravate suffit d'abord à la maintenir; plus tard il fallut recourir à un bandage de corps qui assujettissait le coude au-devant de la poitrine; la pelote d'un bandage herniaire, appliquée autour du thorax, assurait encore mieux la réduction, qui était d'ailleurs complète. Du reste, un simple oreiller roulé sous l'épaule du côté malade aurait suffi, si le décubitus prolongé dans cette position avait été supportable.

Je ne reviendrai pas ici sur le mécanisme de cette luxation simultanée, que j'ai indiqué ailleurs (*Essai sur les luxations de la clavicule*) ; je me bornerai à rappeler que la luxation de l'extrémité externe a dû se produire la première.

On peut dire, dès aujourd'hui, que la luxation de l'extrémité interne guérira parfaitement, et que l'autre restera irréductible ; ce fut le contraire dans le cas de Richerand et Gerdy. Quant aux fonctions du membre, elles n'en seront pas notablement altérées.

J'ai négligé à dessein une fracture de deux côtes du côté opposé, là où avait porté l'angle de la pile des planches.

M. CHASSAIGNAC met en pratique un mode de réduction qui lui a parfaitement réussi dans un cas de luxation complète de l'extrémité externe de la clavicule.

Voici en quoi il consiste :

L'opérateur, appuyant contre sa poitrine l'épaule du côté sain, passe un bras en avant et l'autre en arrière de la poitrine du malade,

croise ses mains au-dessous du coude, et obtient par cette espèce d'amplexation une élévation tellement prononcée du moignon de l'épaule que l'extrémité externe de la clavicule reprend ses rapports normaux. M. Chassaignac n'a point encore appliqué cette méthode de réduction à des luxations doubles de la clavicule semblables à celle qui fait l'objet de la présentation actuelle.

M. Chassaignac essaye ce procédé sans obtenir la réduction.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce procédé, qui peut réussir dans les cas ordinaires de luxation de l'extrémité externe, échoue ici parce que la clavicule, n'étant plus retenue à son extrémité sternale luxée, suit l'épaule en dehors, et conserve toujours ses rapports pathologiques avec l'acromion.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

A. Chrestien (de Montpellier). *Observation ayant pour but d'éclairer le traitement de la fièvre puerpérale.* Montpellier, 1858, in-8°.

Ch. Barreswil. *Répertoire de chimie pure et appliquée.* 2e livraison; oct. 1858, in-8°.

Ad. Gubler. *Mémoire sur les paralysies alternes en général et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire.* Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Albert Michaelis, chirurgien de l'hôpital militaire de Comorn (Hongrie), adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Compendium der Lehre von der syphilis.* Wien, 1859, in-8°. L'auteur demande qu'un rapport soit fait à la Société sur les opinions qu'il a développées dans cet ouvrage. (Rapporteur, M. Follin.)

— M. Ferrand (de Mer) adresse à la Société la lettre suivante, en réponse aux objections que son observation de trachéotomie a soulevées dans le sein de la Société :

Monsieur le président,

M. le docteur Chassaignac persistant à douter de l'existence du croup chez mon petit opéré, je tiens à honneur de justifier aux yeux de la Société de chirurgie le diagnostic que j'ai porté; j'ajouterai, pour compléter les renseignements déjà donnés, qu'une épidémie de croup sévissait à Mer lorsque j'ai opéré l'enfant Miraut; qu'à la même époque (janvier 1853), j'ai fait deux autres trachéotomies, l'une à la fin de décembre 1852, l'autre le 6 février 1853, et que j'ai soigné d'autres enfants atteints de diphthérite.

M. Chassaignac doute parce que des débris de fausses membranes ne sont pas sortis par la plaie peu de temps après l'opération; mais les couennes, souvent si adhérentes sur les amygdales et sur les vésicatoires, ne peuvent-elles pas l'être aussi dans le larynx ou dans la trachée, et parce qu'elles ne sont pas expulsées, est-ce une raison pour nier leur existence, lorsque sur le même sujet on en voit ailleurs? N'a-t-on pas trouvé chez des enfants morts à la suite du croup des plaques adhérentes dans le larynx; lorsque. pendant la vie on n'en avait aperçu aucune trace sur les amygdales?

Tout le monde sait que les pseudo-membranes, surtout celles qui sont cautérisées, peuvent se dissoudre sur place et disparaître peu à peu sous forme de détritus. On ne saurait donc nier l'existence du croup dans le larynx, et même dans la trachée, par ce seul fait que des fausses membranes ne sont pas expulsées.

J'arrive maintenant au reproche qui m'est adressé d'avoir cautérisé la trachée inutilement, et d'avoir peut-être causé les désordres qui ont empêché d'enlever la canule dans les délais ordinaires. Je commencerai par établir que l'obstacle à la respiration n'était pas au-dessous de la canule, puisque l'enfant respirait bien lorsqu'elle était en place; cet obstacle était donc au-dessus, dans le larynx; or j'ai cautérisé la trachée par simple attouchement, non par instillation, et je ne vois pas comment le caustique aurait pu déterminer des désordres là où il n'a pas porté. J'ai cautérisé la trachée, parce que, le larynx étant envahi, la trachée pouvait par voie de continuité être tapissée aussi de fausses membranes plus ou moins adhérentes, et que je redoutais *surtout* la transmission du mal du côté des bronches; j'ai cautérisé à plusieurs reprises pour être plus sûr d'amener ce résultat; c'est ainsi que souvent on est obligé de renouveler l'application des caustiques pour limiter un érysipèle, ou pour arrêter la marche envahissante des fausses membranes dans l'arrière-gorge.

Je suis surpris d'ailleurs de voir MM. Chassaignac et Guersant attribuer à une solution de nitrate d'argent au quart un effet assez énergique pour produire une eschare qui aurait été *cinq semaines* à se détacher.

Je ne connais pas le mémoire de M. le docteur Miquel; mais je lis dans le *Guide du praticien* de Valleix, t. Ier, p. 195 :

« La cautérisation avec le nitrate d'argent mérite réellement la pré-
» férence qu'on lui accorde par son efficacité et son *innocuité*. Cette
» cautérisation est en effet superficielle; assez considérable pour mo-

» difier l'inflammation, elle ne l'est pas assez pour produire la désor-
» ganisation qu'on a à craindre de la part des acides concentrés. »

MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de thérapeutique*, p. 410 du tome Ier, disent « que le crayon de nitrate d'argent ou une » solution saturée de ce sel produit instantanément une eschare su- » perficielle qui tombe au bout de peu de jours, et même quelquefois » au bout de peu d'heures. »

Enfin, aujourd'hui même, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mars, je lis que M. le docteur Loiseau et M. le docteur Maurel (de Montmartre) ont instillé à diverses reprises 20 gouttes de solution de nitrate d'argent au quart dans les voies aériennes de deux enfants qui ont guéri rapidement.

Comment donc admettre que les simples cautérisations faites par attouchement sur l'enfant Miraut ont pu déterminer des désordres graves?

Il me paraît plus rationnel de considérer l'observation que j'ai adressée à la Société de chirurgie comme un exemple probant de ces cas de croup chronique persistant, signalés déjà par plusieurs auteurs.

J'ai l'honneur, etc. FERRAND, D.-M.-P.

INCIDENT.

M. LE PRÉSIDENT, au nom du bureau, donne la parole à M. le secrétaire général pour une communication.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que dans la dernière séance, à la suite de la proposition de M. Hervez de Chégoin relative à la suppression du chloroforme, la Société de chirurgie, sur la demande de plusieurs de ses membres, a chargé son président d'inviter M. Maisonneuve à donner des renseignements sur l'accident récent qui est survenu dans son service, et qui a été la cause déterminante de la proposition de M. Hervez de Chégoin. Conformément à cette décision, M. le président a écrit à M. Maisonneuve la lettre suivante :

« Paris, le 4 mars 1859.

» Mon cher collègue,

» La Société de chirurgie est assez vivement émue des nouveaux cas de mort par le chloroforme, pour qu'un de nos collègues n'ait pas craint de proposer dans la dernière séance qu'on suspendît l'usage de cet agent anesthésique.

» Vous savez que nos collègues Richet et Marjolin sont venus nous

lire l'observation très-détaillée de leurs cas malheureux avec la plus entière bonne foi.

» Faites comme eux, mon cher collègue, pour que mercredi prochain nous puissions discuter en toute connaissance de cause la proposition de M. Hervez de Chégoin, à savoir : si l'on doit continuer à se servir du chloroforme.

» Si vos occupations vous empêchaient de prendre part à la discussion, je vous serais très-reconnaissant de m'adresser votre observation, dont la lecture serait faite par le secrétaire général.

» Agréez, etc.

» *Le président de la Société de chirurgie,* G. Deguise. »

M. le président n'a pas tardé à recevoir de M. Maisonneuve la réponse suivante, dont le bureau a décidé qu'il serait donné lecture en séance :

« Mon cher collègue,

» Du jour où sous votre présidence le droit de réponse a été supprimé dans le sein de la Société de chirurgie, j'ai cru devoir, jusqu'à des temps meilleurs, m'abstenir de prendre part à toute discussion.

» Veuillez donc m'excuser de ne pas me rendre à votre invitation.

» Du reste, le fait auquel vous faites allusion n'aurait qu'un faible intérêt dans la circonstance, puisqu'il a trait non pas à un accident dû au chloroforme, mais bien à une congestion cérébrale survenue pendant les efforts de réduction d'une luxation de la cuisse chez un malade d'une soixantaine d'années qui avait été à peine étourdi par le chloroforme, et qui ne le respirait plus du tout depuis plus de vingt minutes quand cette congestion subite s'est manifestée.

» Agréez, etc. Maisonneuve. »

M. le président fait remarquer que les récriminations contenues dans la lettre précédente s'adressent à la Société, et non à lui-même ; qu'il n'a jamais retiré la parole à M. Maisonneuve, mais que dans la dernière discussion sur la cautérisation en flèches, la clôture, proposée par M. Gosselin et appuyée par deux autres membres, fut mise aux voix et adoptée ; que par conséquent ce n'est pas à M. le président, mais à la Société tout entière, que M. Maisonneuve adresse aujourd'hui ses récriminations.

A la suite d'une courte discussion, la Société adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant, proposé par M. Bouvier :

« La Société de chirurgie passe à l'ordre du jour, en regrettant

» d'autant plus le refus de M. Maisonneuve, qu'il le fonde sur un motif » qui n'a rien de réel, les discussions étant toujours libres dans le sein » de la Société, comme par le passé. »

— M. VERNEUIL donne l'analyse verbale d'un travail manuscrit adressé à la Société par M. le docteur G. Hawoard (de Boston), un des chirurgiens les plus distingués des Etats-Unis. Ce travail, intitulé *Remarks on the danger of the inhalation of chloroform*, est la confirmation de deux articles intéressants publiés déjà par l'auteur sur le même sujet en 1847 et 1850 (1).

M. Hawoard, ému des accidents mortels causés par le chloroforme sans qu'on puisse accuser ni l'impureté de la substance, ni les trop grandes quantités employées, ni l'impéritie ou l'imprudence des chirurgiens, se demande si on ne devrait pas en cesser l'usage. En effet, on ignore comment il cause la mort, et ses effets sont parfois si rapides, qu'aucune précaution ne peut sûrement prévenir le résultat fatal.

Faut il pour cela abandonner l'anesthésie, ce bienfait inappréciable non-seulement pour les opérés, mais aussi pour les chirurgiens? Cela ne serait pas nécessaire si on remplaçait le chloroforme par une substance *également efficace*, *aussi facile à administrer et entièrement innocente*. L'éther sulfurique rectifié possède certainement ces qualités; M. Hawoard l'a employé sur plusieurs centaines de malades, qui tous ont été rendus insensibles et immobiles sans en éprouver jamais le moindre effet fâcheux.

Moins actif que le chloroforme, l'éther n'a jamais mis plus de huit minutes à produire l'anesthésie complète. Il faut même beaucoup moins de temps si on fait inspirer les vapeurs pures, c'est-à-dire sans mélange d'air, comme il l'a vu faire dans un hôpital de Naples sur un malade qui fut endormi en une minute vingt secondes; mais ce mode d'administration cause parfois une toux violente, et ferait craindre l'asphyxie. Cependant M. Palasciano, qui agit toujours ainsi, n'a jamais vu de symptômes graves, les légers troubles observés se dissipant très-vite.

L'éther est donc aussi efficace que le chloroforme: il produit une insensibilité plus complète; ses effets sont plus fugaces; il provoque moins de vomissements, de nausées et de céphalalgie. On l'administre facilement à l'aide d'une éponge concave, assez large pour couvrir le

(1) *In surgical reports and miscellaneous papers on medical subjects*, p. 226-237. Boston, 1855.

nez et la bouche, il est très-bien toléré si le malade respire régulièrement. Les personnes qui redoutent l'odeur de l'éther sont rares, et d'ailleurs elles peuvent le respirer sans grande difficulté.

M. Hawoard considère l'éther comme très-innocent, car il ne connaît aucun cas de mort qui puisse lui être attribué. On objecte que cela est dû à son usage beaucoup moins répandu, mais cela n'est pas rigoureusement exact; si l'éther n'est pas employé en Angleterre et dans beaucoup de pays de l'Europe, en revanche il est en usage à Lyon, à Naples, et à peu près exclusivement dans les principaux hôpitaux des Etats-Unis.

L'auteur, soit dans sa pratique particulière, soit en sa présence, quel que soit l'âge des sujets (depuis trois semaines jusqu'à soixante-dix ans), n'a jamais rien vu d'alarmant. Les maladies du cœur, du poumon, du cerveau ou du système nerveux, ne lui semblent plus aujourd'hui une contre-indication; seulement les vapeurs doivent être mêlées d'une plus grande proportion d'air et inspirées plus lentement.

L'état que l'éther produit sur l'économie est un narcotisme, une intoxication analogue à celle des boissons alcooliques, mais plus passagère et moins dangereuse, parce que les vapeurs éthérées sont beaucoup plus vite éliminées que celles de l'alcool. L'éther, cependant, respiré trop longtemps, pourrait détruire la vie en congestionnant le cerveau, comme cela arrive aussi quelquefois pour les spiritueux. Mais jamais une personne prudente n'encourra ce danger.

M. Hawoard, après avoir cité l'opinion de Snow sur les causes réelles de la mort par le chloroforme, termine en engageant vivement ses confrères à faire au moins un essai sérieux de l'éther sulfurique rectifié.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Robert, Richet et Verneuil.

M. ROBERT répond à la question contenue dans la note de M. Hawoard : Doit-on renoncer seulement à l'usage du chloroforme, ou bien faut-il abandonner l'anesthésie ? Pour l'anesthésie, peu importent les décisions des sociétés savantes, le public l'a adoptée et ne l'abandonnera pas. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'elle rend de très-grands services à la chirurgie, et peut-être pourra-t-on par des précautions rendre les accidents plus rares. Si on ne peut cesser l'emploi de l'anesthésie, on ne renoncera pas plus au chloroforme; car on ne peut le remplacer par l'éther, qui est souvent insuffisant, et présenterait également des dangers, puisque ce qui est grave dans l'anesthésie c'est la perte du sentiment, et par suite de la faculté conservatrice, perte

qui est nécessairement dangereuse. Quant à l'amylène, son emploi est complétement abandonné.

M. Robert a longtemps employé un mélange d'éther et de chloroforme à parties égales en volume. Par ce moyen, les premières inspirations emportent plus d'éther, et le malade se familiarise plus facilement avec l'agent ; l'effet est constant, l'anesthésie plus lente, et la période d'agitation moins violente.

Les modes d'administration du chloroforme ne sont bons qu'à condition de donner le moyen de doser la quantité de chloroforme contenue dans l'air respiré, comme on le ferait pour un médicament toxique, car le chloroforme est en effet un poison. Si on introduit un animal dans un air chloroformé à un certain degré, il n'est qu'anesthésié ; mais si on dépasse certaines proportions, il est foudroyé ; si cependant la proportion n'est pas trop considérable, l'électrisation peut le rappeler à la vie. Il suit de là que, ne sachant pas la susceptibilité des malades, on doit commencer par de faibles doses, car la quantité nécessaire est très-variable.

Dans les progrès de l'anesthésie, il arrive un moment où toutes les fonctions sont abolies, excepté la circulation et la respiration ; si l'on va plus loin, ces fonctions cèdent à leur tour, en commençant par la respiration, et la mort arrive. Dans quelques cas, cependant, c'est la circulation qui a cessé la première.

M. Robert s'élève contre l'usage des compresses, de la charpie et des éponges sur lesquelles on verse le chloroforme, et qui ne permettent aucun dosage ; il pense qu'on doit toujours avoir recours aux appareils, et il préfère l'appareil de M. Charrière, avec lequel il est impossible d'augmenter la dose de vapeur au delà de ce que donne le tricot complétement imbibé. Il a constaté les avantages de cet appareil par l'expérience suivante : Il a chloroformé deux chiens de même taille, l'un avec l'appareil Charrière, et l'autre avec une éponge renfermée dans une vessie. Or, il a été impossible de faire périr l'animal qui respirait dans l'appareil, tandis que l'autre est mort en huit ou dix minutes.

On a dit qu'il n'était pas nécessaire de pousser bien loin l'anesthésie ; mais il faut qu'elle soit assez complète pour qu'il n'y ait pas d'agitation ; dans certains cas même, comme pour la réduction des hernies et des luxations, il faut aller jusqu'à la suppression de l'action musculaire.

En terminant, M. Robert propose de passer à l'ordre du jour.

M. GIRALDÈS établit que, quoi qu'on ait dit, le chloroforme n'est

pas menacé d'être remplacé par l'éther dans la pratique des chirurgiens anglais. L'éther, au contraire, est abandonné en Angleterre et en Ecosse.

Pour l'amylène, on en a rejeté l'usage sans l'avoir suffisamment expérimenté ; il peut être utile dans certains cas ; ainsi il est indiqué, comme l'a dit Græfe, pour faciliter l'examen des yeux malades chez les enfants.

Lorsque la mort arrive par l'usage du chloroforme, elle n'est pas toujours causée par les troubles de la respiration, car M. Giraldès a vu des animaux mourir de syncope cardiaque. Du reste, on ne produit jamais sur les animaux la mort instantanée, comme dans les accidents arrivés à l'homme ; aussi ces expériences ne servent-elles à rien.

M. Giraldès ajoute que, d'après des calculs approximatifs publiés par la *Revue de Westminster*, la proportion des morts a été de 1 sur 16,000; tous les cas de mort connus s'élèvent à 79 depuis douze ans qu'on emploie le chloroforme dans tout le monde civilisé ; il n'y a donc pas lieu de s'effrayer beaucoup.

M. LEGOUEST. Je regrette de ne point partager l'opinion favorable de M. Robert sur l'emploi d'un mélange d'éther et de chloroforme comme agent anesthésique, et d'être obligé de sacrifier les espérances qu'il pouvait concevoir sur l'innocuité de ce mélange.

Dans le seul cas, en effet, où j'ai vu la mort survenir pendant l'anesthésie, on employait précisément un mélange d'éther et de chloroforme. C'était en 1851, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Valette. Cet habile et honorable chirurgien rendit compte, dans les journaux de l'époque, de cet accident, qui survint dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme était soumis sans succès depuis assez longtemps à l'influence de l'éther administré sur une éponge contenue dans une vessie. Afin d'amener une anesthésie plus rapide, on versa quelques gouttes de chloroforme sur l'éponge imbibée d'éther. A peine le malade avait-il fait quelques inspirations qu'il succomba.

Je ne sais si M. Robert attache quelque importance aux proportions de l'un et de l'autre liquide dans le mélange qu'il se propose d'expérimenter de nouveau, et s'il a pris soin de mesurer également ou inégalement l'éther et le chloroforme dans les expériences qu'il a déjà faites. Dans le cas que je viens de rappeler, les proportions étaient fort inégales et ne furent pas rigoureusement appréciées ; mais l'éther était évidemment en quantité beaucoup plus considérable que le chloroforme.

Quant au dosage du chloroforme, que M. Robert considère comme

devant toujours être pratiqué, je le crois impossible avec les appareils employés aujourd'hui. L'appareil de M. Charrière ne remplit pas le but que M. Robert lui attribue, celui de dispenser à volonté une quantité plus ou moins grande de chloroforme. La largeur de la surface exhalant les vapeurs de chloroforme influe moins sur le dégagement de celles ci que la température, et surtout que la rapidité du courant d'air formé par les inspirations plus ou moins longues et plus ou moins accélérées du malade.

Je ne pense pas que les appareils dont nous disposons mettent plus à l'abri des accidents que l'éponge ou la compresse convenablement employées. Je ne doute pas que M. Robert n'ait pas pu amener la mort chez des chiens soumis à l'administration de doses considérables de chloroforme au moyen d'appareils; mais je ne m'étonne pas non plus qu'il ait vu les animaux succomber lorsqu'il leur a administré le chloroforme sur une éponge renfermée dans une vessie. Ce dernier procédé, confinant les vapeurs de chloroforme, diffère beaucoup de l'administration sur une éponge à l'air libre, et lui est certainement inférieur.

Dans ma pensée, les doses de chloroforme inhalé sont sans importance, car le plus grand nombre des accidents se sont produits dans les premiers moments de l'administration de l'agent anesthésique, alors qu'une très-faible quantité en avait été inhalée.

Lorsque MM. Richet et Marjolin nous rapportèrent les faits malheureux arrivés entre leurs mains aussi prudentes qu'expérimentées, je fus frappé de leur coïncidence avec ce que j'observais dans mon hôpital. J'avais remarqué depuis quelque temps que les malades que je chloroformais étaient très-difficiles à anesthésier, qu'ils conservaient une agitation inaccoutumée, que la nuit suivante était sans repos, et qu'ils se plaignaient, le lendemain, de pesanteur de tête. J'examinai avec soin mon chloroforme, et je le trouvai de mauvaise qualité. Aujourd'hui que les besoins toujours croissants de la chirurgie demandent des quantités considérables de chloroforme à l'industrie, celle-ci, afin d'augmenter ses bénéfices, prépare le chloroforme avec des alcools de qualité inférieure, provenant de la distillation des grains ou des pommes de terre. Je crois donc qu'il importe plus que jamais de s'assurer de la bonne qualité du chloroforme, précaution que l'habitude si familière de cet agent fait quelquefois négliger.

Les communications de MM. Richet et Marjolin m'ont d'autant plus surpris, qu'elles nous ont été faites coup sur coup, et que les accidents rapportés sont survenus en dépit des précautions les plus minutieuses, tandis que pendant toute la guerre d'Orient, où les circonstances

étaient sans doute moins favorables à l'observation rigoureuse des règles de l'administration du chloroforme, sur 18 à 19,000 opérations, deux cas de mort seulement ont été observés : le premier, dans une ambulance de l'armée anglaise, le second dans nos rangs, à l'hôpital de Kaulidjé, sur la rive asiatique du Bosphore.

J'ai failli, pour ma part, avoir à déplorer, dans cette campagne, un accident du même genre : je liais l'artère poplitée sur un jeune militaire atteint d'hémorrhagie consécutive, et qui déjà avait perdu beaucoup de sang sur le champ de bataille. Au moment de serrer ma ligature, afin d'empêcher les cris et l'agitation du malade, incomplétement anesthésié, je fis ajouter sur la compresse quelques gouttes de chloroforme. Le laps de temps fort court nécessaire à nouer mon fil et à en couper un des bouts suffit pour que le cœur ne battît plus et que la respiration cessât de s'effectuer.

Incontinent j'exerçai sur le thorax et l'abdomen une pression vigoureuse pour expulser le plus possible de vapeurs de chloroforme, et ordonnant à un aide de provoquer l'inspiration par l'élévation des épaules, je continuai artificiellement la respiration en pressant de mon côté sur la base du thorax. Après six ou huit minutes de ces manœuvres restant sans succès, je crus mon malade mort, et ne voulant pas que ses compagnons de salle en aient la confirmation immédiate, je demandai un brancard pour porter l'opéré au grand air ; les brancards étaient introuvables, et pour ne pas sembler croire à un accident, je continuai mes manœuvres pendant quinze ou vingt minutes environ. Tout à coup, une inspiration naturelle se fit, et le malade revint à lui sans transition : je respirai avec lui.

En terminant, je dirai que je partage avec M. Giraldès, et pour les raisons si heureusement exprimées par M. Robert, l'opinion de cet honorable collègue sur la proposition de M. Hervez de Chégoin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Désormeaux.

Erratum au procès-verbal du 2 mars. — M. Chassaignac demande l'insertion au procès-verbal des chiffres qu'il a opposés à ceux de M. Bouvier dans la discussion sur la trachéotomie.

En 1856, à l'hôpital des Enfants, toutes les opérations, moins 4, ont été faites avec le ténaculum cricoïdien : on a obtenu 18 succès sur 54 opérations. En 1857, on renonce au ténaculum, et sur 70 opérations, 18 succès seulement. En 1858, dans le premier semestre, sur 4 opérations, le chiffre des succès diminue encore, et se réduit à 13.

DEUX CAS DE GANGRÈNE TRAUMATIQUE DITE MOMIFIANTE

Présentés à la Société de chirurgie, dans la séance du 9 mars 1859.

M. Larrey, pendant son inspection médicale de 1858 en Algérie, avait vu, à l'hôpital militaire de Mascara, deux cas intéressants de gangrène traumatique, dont le médecin en chef, M. Durand, vient de lui transmettre les pièces anatomiques, avec les observations recueillies par M. Hémard, aide-major de 1re classe. C'est pour les ajouter aux faits de gangrène déjà communiqués par lui à la Société (1), que M. Larrey croit utile de présenter ceux-ci avec les membres momifiés, qu'il déposera au Musée du Val-de-Grâce. Voici les notes qu'il a reçues de M. Hémard :

Obs. I. — *Gangrène momifiante de la main et de l'avant-bras par suite d'un coup de feu.*

Nous ne pouvons détailler l'observation suivante autant que nous le voudrions, parce que nous n'avons pas été à même de voir le blessé qui en est l'objet, pendant les quinze premiers jours qui ont suivi son accident.

C'est à M. Thune, médecin de la colonisation, et à M. le médecin major Lecœur que nous devons quelques renseignements sur le début de ce cas chirurgical exceptionnel.

Le 4 juin 1858, Brahim Ben Mohama, jardinier arabe, âgé de vint-cinq ans, d'une bonne constitution, appartenant à la race blanche, reçut à cinq pas environ un coup de fusil chargé à plomb n° 6.

La partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche fut criblée par la charge.

Au dire des témoins et du blessé, le sang s'écoula abondamment en nappe pendant un quart d'heure; puis l'hémorrhagie s'arrêta sous l'influence de compresses imbibées d'eau vinaigrée, dont on recouvrit la blessure. Pendant huit jours on continua ce traitement, après quoi on fit appeler M. Thune, médecin de la colonisation.

Notre confrère nous dit qu'en entrant dans la case où était couché le blessé, il perçut une forte odeur de gangrène. On leva l'appareil, et une quantité considérable de pus s'écoula de la plaie. Au premier

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, séances des 18 février, 24 avril et 28 décembre 1858.

coup d'œil on constatait un gonflement de tout l'avant-bras. Des phlyctènes existaient à la face antérieure et à la face postérieure du poignet. La main était moins tuméfiée, mais elle avait déjà une teinte bistre très-remarquable. Déjà les doigts commençaient à être effilés, roides, et à prendre ce caractère de momification qui n'a fait que s'accroître depuis.

L'amputation fut considérée comme d'une nécessité immédiate, mais le malade ne voulut point s'y soumettre. Pendant huit jours encore personne ne vit cette plaie.

Le 18 juin seulement, Brahim demanda à entrer à l'hôpital. Voici ce que l'on constatait à cette époque : La main avait pris une coloration noir-foncé. Les téguments étaient desséchés d'une manière notable, et résonnaient, lorsqu'on les percutait avec le doigt, comme l'aurait fait un corps inerte. Toutes les articulations des phalanges étaient dans un état complet de rigidité ; celle du poignet l'était également, quoique d'une manière moins prononcée. La teinte noirâtre des téguments s'étendait jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. A la partie moyenne de ce dernier existait une dépression de toutes les parties molles, d'où s'échappait une quantité considérable de pus. Au tiers supérieur, une solution de continuité existait, à un point assez avancé pour permettre d'entrevoir le radius et le cubitus. Enfin, au-dessus de cet endroit, il existait une ligne circulaire, vermeille, qui établissait le point où devait commencer la restauration organique des tissus.

Il y avait une indication bien marquée de régulariser cette plaie, en amputant l'avant-bras. Le blessé n'y consentit pas encore cette fois, disant que sa main n'était pas morte, comme nous semblions le croire, puisqu'il percevait les sensations habituelles des doigts. On ne put le désabuser, et il fallut bien abandonner cette plaie au soin de la nature.

Pendant quinze jours la suppuration fut très-considérable, puis elle diminua, tout en devenant de bonne nature. Pendant ce temps, les parties mortifiées se desséchèrent, et les os se trouvèrent à nu, dans une étendue de près de 4 centimètres. Au-dessus de ce point, les tissus vivants étaient d'un rouge vif; les bourgeons charnus abondaient; la plaie était aussi belle que possible.

Les choses en étaient là, lorsque le 26 juin le blessé s'échappa de l'hôpital. Quatre jours après il reparut, et nous demanda spontanément à être amputé. Nous reconnûmes alors que le radius s'était fracturé la veille à la partie la plus supérieure du point où cet os était dénudé. Dès lors il n'y avait plus qu'à scier le cubitus, au niveau où les parties

osseuses n'étaient plus recouvertes par les bourgeons charnus. C'est ce que nous fîmes. Puis nous réséquâmes l'extrémité du radius, qui s'était fracturé en bec de flûte.

Ce fragment était d'une ténuité extrême, produite aux dépens de la surface intérieure, et très-sûrement par le défaut de nutrition de l'extrémité inférieure de l'os.

Le cubitus, par contre, était dans un état normal. Dès le moment qui suivit l'opération, la cicatrisation marcha rapidement. Les extrémités osseuses furent recouvertes en peu de jours, et aujourd'hui, 15 février 1859, le moignon, quoique très-conique, est complétement cicatrisé.

Quant à l'avant bras, nous l'avons suspendu au soleil pendant quinze jours, pour achever sa dessiccation, et pour consolider, sans aucun moyen auxiliaire, sa momification naturelle.

Obs. II. — *Gangrène momifiante du doigt indicateur par suite d'une morsure de vipère.*

Achmed Tcheffer, indigène, dit charmeur de serpents, est entré à l'hôpital de Mascara le 6 août 1858, pour y être traité d'une plaie à la main gauche.

Il y a un mois, cet homme a été mordu à l'indicateur gauche par une vipère cornue. Voici les caractères de la lésion qui en est le résultat : les deux dernières phalanges de l'index sont noires, dures, desséchées, on peut dire momifiées. La première phalange est, à son extrémité inférieure, dans le même état que la précédente. En haut, elle est dénudée ; entre ces deux points se trouve un détritus produit par la suppuration des parties molles. Lorsqu'on veut faire agir le doigt, le fléchir, par exemple, il se luxe. En examinant en quel état se trouve l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit que le ligament latéral externe est détruit, ainsi que la partie externe du fibro-cartilage glénoïdien.

La main a subi une augmentation considérable de volume ; elle est en ce moment empâtée sur toutes ses faces. Il n'y a aucun caractère inflammatoire appréciable.

En interrogeant le blessé, voici ce qu'il nous apprend. Il y a trois semaines, il a été mordu par une vipère à la partie moyenne de la première phalange de l'index gauche.

Connaissant les suites dangereuses de l'action du venin de ce reptile, Tcheffer porta immédiatement une petite corde le plus haut possible sur le doigt mordu, et le fit serrer très-énergiquement par son frère. Puis il appliqua une seconde ligature sur le poignet, avec un linge

plié en cravate, et il garda le tout, sans y toucher, pendant trois jours.

Après ce temps, les deux ligatures furent enlevées. La main était alors très-gonflée, et, au dire de cet homme, le doigt mordu avait déjà pris la teinte noire que nous lui trouvions en ce moment.

La chirurgie n'avait que peu de chose à faire en ce cas. Le doigt, étant luxé et porté à angle droit, fut enlevé avec de forts ciseaux, en détruisant dans un premier temps le ligament interne, et dans un deuxième la peau intra-digitale.

Il n'y eut qu'une hémorrhagie insignifiante. Le pansement consista dans l'application de quatre bandelettes de diachylon, qui rapprochèrent les lambeaux. La main fut entourée de compresses résolutives, et soutenue avec une planchette. Ce pansement fut renouvelé tous les deux jours jusqu'au 19 août, époque à laquelle le blessé sortit de l'hôpital complétement guéri.

Ici encore, comme dans le cas precédent, on voit une gangrène détruire les tissus à l'endroit où la cause mortifiante a exercé ses effets, et l'extrémité inférieure se dessécher et conserver pour toujours sa forme première.

Cette pièce pathologique, aussitôt après son ablation, a été exposée pendant huit jours au soleil pour achever la dessiccation de la partie moyenne de la première phalange ; ce qui a eu lieu sans qu'on ait employé aucun autre moyen de conservation.

N. B. Le nom de charmeur se donne à certains indigènes qui, aux yeux de leurs coreligionnaires, ont reçu de Dieu le don d'être réfractaires à l'action du venin des reptiles. Les hommes qui exercent cette industrie se rendent sur les marchés, dans les endroits où il y a foule, et là ils exhibent tantôt des vipères communes, tantôt des vipères cornues, jouent avec ces reptiles, s'en font mordre l'avant-bras, quelquefois même le nez, et reçoivent de l'argent des spectateurs émerveillés.

Ces serpents ne sont pas privés de leurs crochets, comme on le croit généralement. Le sang coule de la plaie qu'ils font. Les pigeons, les poules qu'on leur fait mordre pendant la représentation, meurent presque instantanément. Il est donc probable que le secret des charmeurs consiste à faire mordre un certain nombre de fois différents objets ou animaux, pour épuiser l'action délétère du venin, avant de s'y exposer personnellement. Ne peut-on pas admettre aussi que l'organisme s'habitue à l'action affaiblie d'un venin, comme il est constaté qu'il arrive progressivement à tolérer certains poisons?

Dans le cas dont il s'agit, nous n'avons pu, malgré toutes nos questions, obtenir de Tcheffer la révélation des circonstances qui ont en-

touré son accident. Le charmeur était humilié d'avoir failli ; il était par cela même très-peu communicatif, et s'est invariablement renfermé dans cette réponse : « Dieu l'a voulu ainsi. »

Séance du 16 mars 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu de M. V. Baud un travail intitulé *Emploi thérapeutique des corps gras phosphorés*. Paris, 1858. In-4°.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Affection de l'artère sous-clavière. — M. MOREL-LAVALLÉE fait la communication suivante :

Le 9 février 1859, est entré B..., âgé de cinquante-trois ans, serrurier. Complexion moyenne, plutôt un peu faible ; pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie antérieure.

Il y a un an et demi, en portant son sac d'outils d'environ 6 kilogr. sur l'épaule droite, il éprouva une douleur constrictive qui s'étendait depuis la partie moyenne du sternum jusqu'à la mâchoire, où elle était à son maximum d'intensité. Sa durée fut de deux ou trois minutes. Deux ou trois jours après, en montant une côte rapide, il éprouva un très-fort accès de suffocation, qui le força de se jeter un instant sur l'herbe pour respirer plus à l'aise. A partir de ce moment, ces accidents de dyspnée se sont présentés de nouveau, même quand le malade n'était pas fatigué. Des palpitations s'y sont jointes depuis environ six mois, sans cause connue, même au lit, violentes jusqu'à l'étouffement. Il en a été guéri à l'Hôtel-Dieu, par M. Heurteloup, au moyen de la digitale et de l'application de vingt et un vésicatoires successifs ; mais il lui est toujours resté une oppression qui survient à la moindre fatigue, en même temps que les battements du cœur s'exagèrent, ce qui lui rend impossible l'exercice de ses membres supérieurs, et par conséquent de sa profession.

Le thorax est aplati à sa partie supérieure, du côté malade. A gauche, il semble aussi un peu plus large de ce côté. Serait-ce une anomalie congénitale?

En portant le doigt dans la région claviculaire gauche, on y sent, dans la direction des branches qui émergent en ce point de la sous-clavière, et surtout le long d'une de ses branches qui se porte du côté externe de la base du sterno-mastoïdien, un frémissement cataire très-prononcé qui coïncide exclusivement à la systole du ventricule gauche. On le retrouve au doigt dans l'intervalle des scalènes, sur l'artère sous-clavière, et en suivant ce vaisseau jusqu'à la clavicule. Au toucher, on ne le retrouve plus dans l'aisselle ni ailleurs; mais à l'oreille, on le constate à son maximum sur le passage de la sous-clavière, et on le suit décroissant, *en avant et en bas*, jusqu'au-dessous de la partie moyenne de l'intervalle de la clavicule au mamelon, *transversalement*, du côté sain à trois travers de doigt à droite du sternum; du côté malade, jusqu'à l'extrémité de ce diamètre transversal, ainsi que dans l'aisselle.

Le seul point où il soit un peu perceptible en arrière se trouve au-dessus de l'angle supérieur de l'omoplate. La percussion donne un son partout normal. Murmure vésiculaire normal. Volume du cœur normal. Bruits du cœur normaux quant au timbre et à l'intensité, autant du moins qu'il m'est permis de le constater. Le rhythme seul est modifié. J'ai d'abord constaté quelques intermittences que je ne retrouve plus à un examen prolongé; elles se rencontrent également dans l'artère malade. Le pouls radial du côté gauche paraît un peu moins intense qne du côté droit, et est de temps en temps surtout un peu en retard sur ce dernier. Ce retard d'ailleurs ne paraît pas constant.

Le maximum du bruit de râpe sur le trajet de la sous-clavière a son émergence du thorax; sa circonscription, sur le trajet de ce vaisseau et de ses branches; son absence sur le trajet de la carotide et de l'aorte indique manifestement le siége de la lésion sur ce vaisseau, et à une distance rapprochée de la clavicule. L'intégrité de la sonorité de la poitrine, l'étendue du murmure vésiculaire, excluent l'idée d'une tumeur d'un volume notable. La sensation tactile du frémissement vasculaire, le caractère râpeux du bruit de souffle coïncidant exclusivement au premier temps, montrent évidemment un rétrécissement du calibre artériel. Est-ce un rétrécissement proprement dit? Est-ce un soulèvement de productions crétacées? Est-ce un anévrysme peu développé communiquant avec le vaisseau par un orifice étroit et irrégulier? Quoi qu'il en soit, il y a une remarque à faire ici au point de vue des signes physiques : l'éloignement de l'artère et de sa veine satellite, la précision avec laquelle on peut appliquer le doigt sur l'artère, ne montrent-ils pas que les phénomènes se passent dans ce vaisseau?

Quant au traitement, il serait réduit, selon nous, à celui qu'indiquent les symptômes : combattre la dyspnée par l'hygiène et un exercice extrêmement modéré, en ajoutant de temps à autre, quand l'indication s'en présenterait, quelques saignées pour désemplir le système circulatoire.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille atteinte d'une exostose située à la branche droite du maxillaire inférieur. Cette exostose a paru à M. Chassaignac être la conséquence d'un abcès sous-périostique qui communiquait avec l'alvéole. La tumeur présente aujourd'hui des points très-durs, résistants, et d'autres plus mous. Ce chirurgien se demande, afin de produire le moins de désordres possible à la face, quel est le procédé opératoire qui doit être mis en usage. Devra-t-on employer le procédé de Roux, qui pratiquait une incision au-dessous de la mâchoire ? M. Chassaignac ne le croit pas praticable dans ce cas. Faudra-t-il fendre la lèvre ou bien attaquer la tumeur par la cavité buccale ? Ce sont autant de questions que ce chirurgien a cru devoir soumettre à la Société.

M. VERNEUIL pense qu'il s'agit chez cette jeune malade d'un kyste maxillaire, qui présente des points malades à sa base, et il croit que l'on doit chercher à l'attaquer par la bouche; on ne devra réséquer que la partie saillante de l'exostose, et la partie dure pourra être enlevée avec une petite scie introduite par une ponction cutanée; mais il faudra au préalable, comme l'a conseillé Langenbeck, perforer la base de la tumeur, et chacune des moitiés devra être attaquée séparément. Comme cette lésion n'est point de nature maligne, il importe moins de tout enlever.

M. LENOIR pense, comme M. Verneuil, qu'il s'agit ici d'un kyste de la mâchoire, et alors il conseille de disséquer la membrane gengivale; après avoir mis à découvert la production morbide, il enlèverait par abrasion tout ce qu'il pourrait et ferait suppurer le reste; mais les procédés d'ablation des exostoses ne lui paraissent point devoir être employés dans ce cas.

M. GOSSELIN. Après les communications qui nous ont été faites sur le chloroforme, après la proposition de M. Hervez de Chégoin surtout, il était indispensable que la Société de chirurgie s'occupât un peu de l'anesthésie. Mais il me semble que nous n'avons rien à dire qui n'ait été déjà dit sur ce sujet, et je suis convaincu que nous n'aurons pas de discussion réelle, parce que nous sommes tous d'accord sur les points fondamentaux.

En effet, que nous demande-t-on? Est-ce de supprimer tout à fait les anesthésiques de la pratique chirurgicale? A cette question nous répondrons tous : Non, cette suppression n'est pas possible. Vous répéterez avec MM. Robert, Giraldès et Legouest, que les malades voulant les anesthésiques, et les chirurgiens en ayant besoin, il n'y a pas à songer à nous priver de cette excellente ressource.

Les anesthésiques étant conservés, en est-il un qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, substituer au chloroforme? Ici nous répondons encore d'un commun accord qu'il n'en est aucun. Sans doute, on pourra employer les anesthésiques locaux, si on en trouve qui soient suffisants pour la plupart des cas. Ce résultat n'a pas encore été obtenu jusqu'à ce jour. Sans doute aussi on pourra employer l'amylène ou l'éther comme anesthésique général. Mais ces deux substances ne sauraient être conservées autrement que pour quelques cas exceptionnels. Pour l'amylène, on vous a dit avec raison qu'il ne donne qu'une anesthésie temporaire, insuffisante pour beaucoup d'actions chirurgicales; il est incommode, difficile à se procurer, et surtout il peut occasionner la mort. Pour l'éther, que j'ai employé comme la plupart d'entre vous avant le chloroforme, il a les inconvénients, déjà signalés autrefois, de demander beaucoup de temps, de procurer une ivresse bruyante, loquace, parfois érotique chez les femmes, d'exiger des appareils spéciaux. De plus, il ne donne pas les anesthésies profondes, avec résolution musculaire, dont nous ne pouvons plus nous passer aujourd'hui pour le redressement des membres dans les arthrites, pour la réduction des fractures, des luxations, des hernies. Or si l'on veut essayer d'arriver à une anesthésie de ce genre avec l'éther, on expose le malade à la mort tout aussi bien qu'avec le chloroforme. N'oubliez pas, en effet, qu'à l'époque où M. le professeur Bouisson a publié son ouvrage sur les anesthésiques, il a réuni le tableau de cinq morts par l'éther, et que, depuis ce temps, M. Barrier en a eu un autre exemple, qui est cité dans le rapport bien connu de M. Robert.

Je continue, pour ma part, à donner la préférence au chloroforme, non-seulement parce que les autres agents ne lui sont pas supérieurs, mais aussi parce que je ne vois pas que les cas de mort soient assez fréquents pour effrayer et nous faire changer nos habitudes. Pour apprécier exactement les revers du chloroforme, il faudrait en savoir au juste le nombre, et pouvoir le comparer à celui des sujets qui ont été soumis à l'action de cet agent anesthésique. Or ces deux termes du problème ne peuvent être obtenus qu'approximativement. M. Giraldès nous citait une statistique anglaise donnant 68 cas de mort par le

chloroforme. J'ai relevé tous ceux qui sont relatés dans nos journaux français, et dont un certain nombre est emprunté aux publications étrangères, et je n'en ai trouvé que 44. Sans doute nos journaux n'ont pas reproduit tous ceux que la presse étrangère a publiés; mais je suis certain au moins que les 24 cas que je n'ai pas retrouvés n'appartiennent pas à la France, et que le nombre des exemples rapportés par les auteurs français est de 18 seulement, chiffre peu effrayant sans doute, comparativement au nombre des sujets qui depuis douze ans ont joui des bénéfices du chloroforme. Mais je crois être autorisé à réduire encore ce chiffre. En effet, sur les 18 cas, 8 appartiennent aux premières années (1848 et 1849) pendant lesquelles nous donnions tous cet agent trop peu mélangé d'air et fort imprudemment. Je n'attacherai donc d'importance réelle qu'aux 10 derniers cas de mort observés dans ces dix dernières années, soit un par an, l'un dans l'autre, pour toute la France.

Envisagées ainsi, les morts par le chloroforme sont de moins en moins effrayantes. Mais je vais plus loin : parmi ces 10 cas, je laisse de côté ceux qui ont eu lieu en province, chez les dentistes, en ville même, dans des conditions enfin où nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'il n'a pas été commis d'imprudence, et je tiens compte surtout de ceux dont on a été témoin dans les hôpitaux de Paris. Ils sont au nombre de 4, 3 pour les hôpitaux civils, 1 pour les hôpitaux militaires. Quatre en dix années ! En regard de ces faits, combien peut-on placer de malades chloroformés dans le même laps de temps ?

Ici nous ne pouvons faire que des approximations; il y a à Paris 30 services actifs de chirurgie; on soumet dans chacun d'eux 5 à 10 ou 12 malades par mois au chloroforme. Nous sommes ainsi conduits pour dix années au chiffre de 18 à 30,000, soit 1 mort sur 6,000 ou sur 9,000 chloroformés. Je trouve, quant à moi, cette proportion très-faible en présence des avantages de l'anesthésie, et surtout quand je songe aux compensations données par le chloroforme. En effet, s'il occasionne la mort de quelques malades, et j'accepte la chose comme inévitable, il en préserve certains autres. Nous avons de moins aujourd'hui, grâce au chloroforme, les morts par douleur, par épuisement nerveux, par perturbation morale ; nous avons aussi une diminution de gravité dans la fièvre traumatique, et même dans l'infection purulente. J'ai la conviction que cet agent, en diminuant la secousse nerveuse, diminue les chances de mort consécutive.

Ma dernière raison pour conserver le chloroforme, c'est que j'ai une confiance absolue dans la manière dont je l'administre et dans les

moyens qui sont à ma disposition pour obvier aux premiers accidents, lorsqu'ils arrivent. Pour ce qui est du mode d'administration, je distingue deux choses : le principe et l'application. Or nous sommes tous d'accord sur le principe. Il ne faut pas donner les vapeurs de chloroforme pures, il faut qu'elles soient mélangées à l'air : à une grande proportion d'air pendant les premières inhalations, et à une quantité de plus en plus faible à mesure que la tolérance s'établit. Pour l'application, nous sommes tous d'avis qu'il faudrait pouvoir doser le chloroforme ; malheureusement ce vœu est impossible à réaliser. En effet, il n'en est pas d'un médicament donné par les voies respiratoires comme de ceux que nous donnons par les voies digestives. D'abord, si les vapeurs inhalées entrent pendant l'inspiration, une certaine partie est rejetée pendant l'expiration ; comment apprécier exactement la proportion de ce qui reste et de ce qui est rejeté ? Ensuite la quantité reçue dans les voies respiratoires à chaque inspiration variant suivant la volatilité de l'agent anesthésique et surtout suivant l'étendue plus ou moins grande des inspirations, comment savoir exactement la quantité en plus qui entre dans les voies aériennes et en sort, quand les inspirations s'accroissent ?

Enfin, quand bien même on saurait quelle quantité est reçue dans les voies aériennes, pour que le dosage fût complet, il serait indispensable de connaître la quantité de vapeurs qui est absorbée. Tout ce qui n'est pas expulsé n'est pas pour cela absorbé ; une partie des vapeurs peut rester comme emmagasinée dans les dernières ramifications bronchiques ou sur quelques points du trajet aérien : il est impossible d'apprécier exactement s'il en est ainsi, ou si tout a été absorbé. Le dosage exact du chloroforme est donc pour moi chose impossible, et on doit se résigner à des approximations. Pour résoudre le problème de donner le chloroforme progressivement et cependant à des doses suffisantes, on peut simplement se servir d'un appareil spécial, du mouchoir, du cornet, de l'éponge, ou, comme je le fais habituellement, d'une compresse nouée en cul-de-sac, au fond de laquelle on met un tampon de charpie ou de ouate plus ou moins volumineux, suivant l'âge et la susceptibilité présumée du sujet. J'accorde très-volontiers à M. Robert qu'avec l'appareil dont il nous a parlé on peut satisfaire au principe général que j'ai posé en commençant, mais je ne lui accorderais pas aussi volontiers qu'on y satisfait mieux qu'avec les autres moyens. Tout chirurgien qui veut donner le chloroforme progressivement et bien mélangé avec l'air peut le faire aussi bien avec les autres procédés qu'avec l'appareil de M. Charrière.

Le précepte auquel j'attache le plus d'importance dans l'administration du chloroforme, est, comme je l'ai déjà dit ici, d'interrompre souvent l'inhalation. Chez tous les malades, j'interromps après les trois ou quatre premières inspirations; je laisse faire une ou deux inspirations sans chloroforme, et je reprends; j'interromps et reprends de la même façon, tant que le sujet n'est pas endormi. De plus, j'interromps quand le pouls faiblit, quand le malade s'agite, et surtout quand je lui vois faire tout à coup des inspirations beaucoup plus profondes que celles qu'il faisait auparavant. Au moyen de ces intermittences répétées, le chloroforme a le temps de se répartir dans toute l'économie, sans concentrer son action sur les fonctions indispensables à la vie. Elles constituent, pour moi, le moyen principal d'éviter les accidents sérieux, ceux surtout qui dépendent de la paralysie du cœur.

J'ai confiance, en outre, dans les percussions et pressions faites sur la poitrine dans les cas où la respiration se suspend tout à coup pendant les inhalations, comme dans ceux où le cœur ralentit ou suspend ses battements. Je sais bien que la respiration artificielle est le moyen auquel la plupart des chirurgiens accordent aujourd'hui la préférence contre les accidents du chloroforme; mais pourtant j'entends encore préconiser les insufflations bouche à bouche, la situation de la tête en bas, la traction de la langue hors de la bouche, la titillation de l'ouverture du larynx. Je ne nie pas l'utilité de ces moyens, mais le plus efficace est celui dont j'ai parlé, et comme le temps presse en pareil cas, c'est celui auquel on doit recourir d'abord, non pas seulement en vue de faire la respiration artificielle, mais aussi en vue de réveiller, par les secousses de la poitrine, les fonctions du cœur plus ou moins engourdi. Ma confiance dans ce moyen n'est pas fondée sur des faits cliniques seulement; j'ai eu deux ou trois fois une cessation de la respiration, qui a cédé promptement à quelques percussions et pressions de ce genre; mais je crois que les autres moyens auraient réussi de même, parce que les intermittences de l'inhalation avaient rendu l'accident moins sérieux. Cette confiance résulte surtout d'une expérience que j'ai faite souvent, et que je répète tous les ans au moins une fois devant les élèves de l'hôpital Cochin.

Elle consiste à faire respirer du chloroforme à deux chiens jusqu'à mort apparente, avec cessation de la respiration et du pouls, puis à laisser l'un et à faire des pressions continues sur le thorax de l'autre. Le premier reste mort, le second revient presque toujours à la vie après dix, quinze, et même vingt minutes.

M. LARREY croit la discussion épuisée, au moins pour le moment, et

qu'il sera difficile de la continuer dans des termes différents de ceux qui ont eu lieu il y a quelques années au sein même de la Société de chirurgie, et plus tard à l'Académie de médecine. Il propose donc de restreindre la discussion à l'opportunité de l'emploi du chloroforme.

M. ROBERT, qui partage la manière de voir de M. Larrey, croit que toute discussion est impossible, et il demande que l'on mette aux voix la proposition de M. Hervez de Chégoin, qui est rejetée à l'unanimité.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente les os de la jambe d'une jeune femme qui a été amputée pour une tumeur myéloïde il y a huit jours. Il existait dans la partie supérieure du tibia, sous les cartilages, une masse qui avait la plus grande analogie avec l'encéphaloïde, et que le microscope a démontré être formée par des myéloplaxes, ce qui fait penser à M. Chassaignac, d'après les opinions dernièrement émises par M. Follin au sein de la Société, que la maladie ne récidivera point.

M. GIRALDÈS combat l'idée qui veut que les tumeurs myéloïdes soient toujours bénignes. Dans le 9e volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres, il y a un cas de généralisation de ces tumeurs, et il en connaît encore un autre exemple où la maladie s'était reproduite dans les viscères.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 23 *mars* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture du procès-verbal, M. VERNEUIL, chargé d'examiner un mémoire manuscrit de M. Hayward *sur le danger du chloroforme*, rend compte de ce travail en quelques mots, et termine en proposant que des remercîments soient adressés à l'auteur. (Adopté.)

COMMUNICATION.

Examen de l'œil par l'ophthalmoscope. — M. FOLLIN présente à la Société deux instruments relatifs à l'examen de l'œil par l'ophthalmoscope.

Le premier est un œil artificiel qui permet de démontrer facilement

la théorie de l'ophthalmoscope. Une lentille biconvexe, simulant le cristallin, est placée au-devant d'une rétine de verre dépoli et éclairée artificiellement. Cette lentille peut être éloignée ou rapprochée de la rétine de façon à représenter les principales conditions de la myopie ou de la presbytie. En plaçant devant cet œil artificiel des lentilles biconcaves, on simule très-exactement les différents procédés d'examen de l'œil normal par l'ophthalmoscope.

Dans un premier cas, l'image de la rétine artificielle éclairée va se faire à une certaine distance en dehors de l'œil, au foyer de la lentille biconvexe. De même la rétine normale éclairée par l'ophthalmoscope va faire son image en dehors de l'œil à la distance de la vision distincte. Cette image réelle renversée est plus grande que l'objet. On la trouve en des points différents qui varient suivant l'étendue de la vision distincte, de 5 à 45 centimètres. On peut dans l'œil artificiel la recevoir sur un écran.

Si l'on place entre cette image et le cristallin artificiel une lentille biconvexe, on rapetisse cette image, qui devient ainsi plus lumineuse, plus nette et plus rapprochée de l'œil. C'est là le procédé à l'aide duquel on observe le plus souvent la surface rétinienne sur le vivant.

Enfin, en plaçant devant le cristallin artificiel, avant le point où se forme l'image rétinienne, une lentille biconcave, on redresse et on agrandit cette image. C'est ici la démonstration du procédé d'examen par l'image droite.

Il est possible à l'aide de cet appareil de faire encore d'autres combinaisons de lentilles qui reproduisent assez bien les différents procédés d'examen de l'œil par l'ophthalmoscope.

M. Follin répète la plupart de ces expériences devant la Société. Il en résulte que dans les différents cas il s'agit d'images aériennes réelles ou virtuelles que l'observateur doit examiner à la distance de sa propre vision distincte.

M. Follin montre ensuite un ophthalmoscope posé sur un pied fixe, et dans lequel la tête du malade est immobilisée. Cet instrument, qui fait voir l'œil par le procédé de l'image renversée, convient pour les démonstrations cliniques, les observations minutieuses, la reproduction des lésions rétiniennes par le dessin.

RAPPORT.

M. BOINET lit le rapport suivant sur deux observations de M. Sistach, aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulon :

Messieurs, dans le courant de mai 1858, M. Sistach, médecin aide-

major au 12e de ligne, vous a adressé deux observations sur lesquelles une commission, composée de MM. Larrey, A. Guérin et Boinet, a été chargée de vous faire un rapport.

La première de ces observations est l'histoire d'un cancer encéphaloïde de l'os iliaque gauche, qui s'est propagé par infection dans le tissu osseux. La seconde est une observation de congélation des deux pieds survenue dans des circonstances particulières.

La première observation a trait à un jeune soldat de vingt-trois ans, de bonne constitution, né de parents sains, qui, le 7 juin 1855, à l'attaque du mamelon Vert, reçut sur les deux membres inférieurs une grande quantité de pierres et de terre projetée par l'explosion d'une bombe. Cet accident ne produisit aucune trace de contusion et ne l'empêcha pas de continuer encore pendant deux jours son service ; mais le 9 juin, après avoir reposé la nuit sous la tente, ce militaire ressentit à son réveil, et pour la première fois, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, une douleur très-vive.

A partir de ce moment, ce jeune soldat, nommé P..., ne put faire régulièrement son service, et comme sa maladie n'avait pu être reconnue, il fut forcé de rester dans les rangs.

Six mois après l'apparition des douleurs, on remarqua vers le point douloureux, à la racine de la cuisse, un gonflement assez bien circonscrit, qui, progressant peu à peu, nécessita l'entrée du malade à l'infirmerie vers la fin de janvier 1856. Évacué de Crimée sur Constantinople au mois de mai suivant, il arriva à l'hôpital militaire de Toulon le 24 juillet 1856. Aucun traitement n'avait été tenté.

Au mois d'octobre, dans le but de reconnaître la nature de la tumeur, on pratiqua, à quelques jours d'intervalle, trois ponctions exploratrices avec un trocart à hydrocèle. Chaque ponction donna issue à du sang liquide et vermeil, qui se coagula aussitôt. Cette tumeur étant devenue le siége de douleurs lancinantes qui ne permettent ni repos ni sommeil, M. Secourgeon, médecin en chef, pratique, le 11 octobre 1856, la ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Cette opération n'a d'autres résultats que de faire disparaître les douleurs lancinantes, mais elle n'apporte aucun changement appréciable dans le volume de la tumeur.

Un mois après cette ligature, la tumeur faisait des progrès comme par le passé ; elle n'était le siége ni de battements, ni de soulèvement, ni de fluctuation ; elle ne présentait ni égalités ni bosselures ; elle était un peu douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, et avec le stéthoscope laissait entendre à de rares intervalles soit

un bruit de souffle peu prononcé, soit quelquefois un bruit de sifflet passager. On ne sent les pulsations ni de l'artère fémorale, ni de la poplitée, des tibiales ou de la pédieuse. Le malade, qui a considérablement maigri, reste couché et ne peut remuer le membre inférieur gauche.

Le 23 décembre, la tumeur a fait de tels progrès qu'elle menace de se rompre ; les douleurs sont insupportables. Dans une consultation qui a lieu entre MM. les docteurs Goffres, Reynaud, Saint-Martin-Tabouret, etc., il est décidé qu'on reviendra aux ponctions exploratrices, puisqu'une première fois elles n'ont été suivies d'aucun accident, et qu'elles ont produit un soulagement momentané dans cette tumeur, qui est considérée comme une tumeur sanguine de nature indéterminée, malgré l'opinion de M. Goffres, qui pense que cette tumeur est un ostéosarcome.

La ponction donne issue à 150 grammes de sang rouge, rutilant, artériel, qui ne sort pas en jet; il se coagule promptement. Cette évacuation sanguine diminue seulement la tension de la tumeur, mais elle ne soulage ni n'affaiblit le malade, qui, pris de diarrhée quelques jours après, perd peu à peu ses forces et succombe le 16 février 1857.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on trouve les lésions suivantes :

La tumeur, qui est volumineuse, et qui a 19 centimètres de hauteur, ressemble à un kyste. Elle est adhérente seulement à la face externe du pubis gauche, qui est fracturé, et au fémur dans son cinquième supérieur, au niveau du col et du grand trochanter, qui sont fracturés. L'enveloppe de cette tumeur est cellulo-fibreuse, résistante, et facile à séparer des tissus voisins. Dans la cavité de cette tumeur on trouve du sang liquide et des caillots noirs, dont quelques-uns adhèrent aux parois, qui sont bosselées et hérissées de gros mamelons fongueux. Dans d'autres points, on rencontre une véritable bouillie splénique épaisse. L'intérieur de la cavité présente de nombreuses ramifications vasculaires très-distinctes, et même des veines d'un assez gros volume.

Les deux os iliaques, sciés en différents points, offrent des cavités anfractueuses remplies de matière cérébriforme. Les mêmes lésions anatomiques se voient dans un grand nombre d'os, dont le tissu spongieux est converti en une substance molle, friable, vasculaire, rougeâtre, renfermée dans de larges aréoles fragiles; dans les deux fémurs, surtout dans le gauche, dans les tibias, le sacrum, les vertèbres lombaires, la première dorsale ; dans le corps de ces vertèbres, on voit de petits kystes

du volume d'une noix environ, renfermant une bouillie noirâtre, un séquestre spongieux. Les autres vertèbres ne contiennent pas de kystes, mais leur tissu spongieux est plus raréfié et plus vasculaire que dans l'état normal. Les rotules, les os des membres supérieurs, ne présentent aucune altération.

Tous les cartilages articulaires et les fibro-cartilages intervertébraux sont sains. Les ganglions mésentériques n'offrent aucune altération, les ganglions inguinaux sont médiocrement volumineux, indurés et noirâtres ; rien à noter ni dans les artères, ni dans les veines, ni dans les autres tissus.

Rien dans l'abdomen, la poitrine et la cavité crânienne.

Telle est en résumé l'intéressante observation adressée par notre confrère M. Sistach. Il considère ce cas comme une tumeur encéphaloïde hématode, caractérisée, d'après notre collègue M. Broca, par l'extravasation du sang. En effet, à part la constatation matérielle, qui fait défaut dans l'autopsie, de la communication des foyers sanguins avec les artères, on trouve dans les détails de l'autopsie tous les éléments qui composent la définition de M. Broca.

Dans les réflexions dont notre confrère fait suivre cette observation, il fait remarquer l'heureuse influence de la ligature de la fémorale et des ponctions évacuatrices. Cette ligature et ces ponctions ont bien paru soulager le malade momentanément, en diminuant la tension et la douleur ; mais ce soulagement a été si peu de chose et de si courte durée, qu'il vaudrait mieux, je crois, en pareil cas, se dispenser de faire une opération aussi grave que celle de la ligature de la fémorale, si elle ne doit pas produire un meilleur résultat, car, dans le cas qui nous occupe, elle n'a été suivie d'aucune amélioration pour la guérison de la tumeur, pas plus que les ponctions, qui d'ailleurs avaient été pratiquées dans le seul but de reconnaître la nature de la tumeur.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, ainsi que le fait remarquer avec raison notre confrère, c'est l'intégrité du tissu cartilagineux au milieu de lésions osseuses si étendues et si multiples ; c'est la généralisation du cancer dans le tissu osseux, à l'exclusion de tous les autres tissus, ce qui vient confirmer cette proposition émise par plusieurs observateurs, et en particulier par notre collègue M. Broca, que le cancer primitif des os a plus de tendance à produire des cancers par infection dans le système osseux que partout ailleurs.

Sur 13 cas de cancers des os, M. Lebert a rencontré dix fois cette infection cancéreuse, et M. Broca 3 fois sur 5.

Relativement au diagnostic, M. Sistach fait remarquer que le cancer

des os présente souvent de grandes difficultés, non-seulement au début, où le seul symptôme est la douleur, mais encore lorsque la maladie a pris une certaine extension.

Dans le cas qui nous occupe, la maladie, annoncée seulement par des douleurs, est restée longtemps méconnue, et plus tard, sa nature éminemment vasculaire, malgré les ponctions exploratrices, a donné lieu à un ensemble de symptômes qui ont fait croire à une tumeur sanguine ou même à un anévrysme. Si d'ailleurs on analyse les quelques faits qui ont été publiés dans la science, on acquiert bien vite la conviction, dit notre confrère, que toujours l'ostéosarcome débute par des douleurs vagues, qui durent un certain temps avant l'apparition d'une tumeur.

C'est ainsi qu'il en a été d'une tumeur encéphaloïde du fémur, publiée par M. Nélaton (*Union médicale*, 1849, page 589). Le début avait commencé par des douleurs vagues qui, pendant deux mois, avaient entravé la marche sans qu'il y eût aucune trace de tumeur.

Le docteur Robert Horks rapporte un cas de tumeur encépbaloïde de l'humérus, qui a débuté par des douleurs sourdes et de la gêne dans les mouvements du membre.

Le malade fut d'abord traité pour dés douleurs rbumatismales. La douleur s'était montrée en juillet 1845, et ce ne fut qu'en avril 1846 qu'une tumeur apparut. (*Union médicale*, 1848, page 382.)

M. Musset a publié une observation d'ostéosarcome du fémur qui avait commencé par des douleurs que l'on attribuait à une coxalgie rhumatismale. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, tome I, p. 849.)

M. Larrey nous a communiqué une observation de M. Lacome, relative à un ostéosarcome du membre supérieur. Le mal avait débuté par des douleurs vagues. (*Bull.*, tome Ier, page 903.)

M. Huguier vous a apporté l'observation d'une tumeur ostéosarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit. Saus cause connue, le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la fesse droite. (*Bull.*, tome III, page 265.)

M. Ad. Richard a fait connaître un ostéosarcome de l'bumérus, qui avait commencé par des douleurs attribuées à un rbumatisme. Le même cbirurgien a encore signalé le cas d'une malade de M. Velpeau, atteinte d'un cancer de l'humérus droit qui avait débuté par des douleurs; enfin, dans la même séance de la Société de cbirurgie, M. Ricbard nous a encore rappelé que le basard avait mis sous nos yeux deux exemples observés cbez deux jeunes gens qui, sans cause connue et au milieu d'une santé parfaite, sans antécédents héréditaires,

avaient éprouvé pendant deux ou trois mois le même et unique symptôme initial, la douleur, et avaient vu apparaître la tuméfaction. (*Bulletin*, tome IV, p. 282.)

Après avoir rappelé tous ces faits, que vous connaissez pour la plupart, M. Sistach croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que le cancer des os débute toujours par des douleurs vagues, indéterminées, qui privent souvent le membre de ses fonctions et apparaissent assez longtemps avant toute apparition de tumeur. Celle-ci se développe ordinairement sur les points qui ont été douloureux.

2° Que dans le cas de diagnostic difficile, alors que la tumeur revêt les caractères qui appartiennent en partie au cancer, en partie à un anévrysme, les douleurs primordiales constituent un élément important de diagnostic différentiel, puisqu'elles entraînent la certitude d'un cancer des os.

Obs. II. — *Congélation des deux pieds. Remarques sur le traitement chirurgical de la gangrène par congélation.*

La seconde observation de M. Sistach est un cas de congélation des deux pieds, traitée par l'ablation des parties mortifiées et la résection des saillies malléolaires.

Il s'agit d'un nommé A..., fusilier au 86e de ligne, âgé de 38 ans, et au service depuis l'âge de 20 ans. Ce militaire, dès son arrivée devant Sébastopol, va dans les tranchées, supporte les grands froids sans indisposition aucune, jusqu'au jour où, atteint de fièvre, il est obligé de garder le lit.

Le lendemain, 2 février 1856, A... est envoyé sur un brancard à l'hôpital, où il se lève plusieurs fois et parcourt la salle sans rien ressentir aux pieds.

Couché sur un lit de camp, élevé de deux pieds environ au-dessus du sol, il a pour tout vêtement son pantalon et sa capote, qu'il garde au lit, et par-dessus une vieille couverture de campement. Il avait quitté ses chaussures. Il était dans une salle où il n'y avait ni poêle ni appareil calorifère. Pendant la nuit A... eut un peu de délire, et à la visite, le lendemain, 3 février, il prend une potion ipéca-stibiée, reste au lit toute la journée et ne se lève que pour aller au baquet, soutenu par un infirmier.

Le 4 février, se trouvant mieux, le malade veut se lever; mais à peine essaye-t-il de marcher, qu'il tombe à la renverse; il ne peut faire usage de ses pieds, qui sont très-tuméfiés, violacés et couverts de phlyctènes.

Le même jour A... est évacué sur Constantinople, et le 19 février il entre à l'hôpital de Gulané. Bientôt la gangrène se limite, les articulations tibio-tarsiennes s'entr'ouvrent, et une suppuration sanieuse et fétide s'écoule.

Le 15 mars, à l'aide de ciseaux, on sépare les portions mortifiées au niveau de chaque articulation tibio-tarsienne, et l'on abat séparément d'un trait de scie la partie saillante de chaque malléole. La cicatrisation se faisait régulièrement, et le 12 juillet il ne restait plus sur chaque moignon qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Le lendemain, A... est évacué en France; mais pendant la traversée, la pourriture d'hôpital, qui s'était déclarée chez un blessé, envahit les plaies de notre malade, qui est débarqué le 24 juillet à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon.

Trois cautérisations avec le fer rouge sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et le 1er septembre, toute trace de pourriture d'hôpital avait disparu. Mais à cette époque les deux moignons présentaient une vaste plaie, qui comprenait toute la largeur de la surface articulaire. Le 11 octobre 1856, A... est transporté à l'hôpital militaire de Toulon. A la fin du mois d'août 1857, les deux moignons sont en partie cicatrisés, recouverts d'une cicatrice rouge, tendue, luisante, assez épaisse, adhérente aux parties profondes; au centre de cette cicatrice existe encore une petite plaie de la dimension d'une pièce de 50 centimes, recouverte d'une croûte. Depuis trois mois seulement, A... se lève et peut marcher à l'aide de jambes pilons. La santé générale est bonne, et n'a souffert aucune atteinte d'un long séjour au lit. Les ulcérations des moignons ne sont pas entièrement cicatrisées. A la fin de novembre, elles se ferment, se rouvrent sans cause connue, et existent encore vingt mois après l'ablation des pieds. Ennuyé d'un aussi long séjour à l'hôpital, A... va rejoindre son régiment à Mâcon, et attendre sa retraite.

Cette observation est de la part de notre confrère l'objet de plusieurs considérations pratiques très-importantes, au point de vue de la congélation et du résultat final des opérations. Il cherche à démontrer le peu de résistance qu'oppose au froid l'homme qui se trouve sous une influence morbide même passagère, et pense que la production de la congélation des pieds chez son malade a été la conséquence bien moins d'un abaissement de température que d'un affaiblissement de la vitalité produit par la potion ipéca-stibiée, la diète et le repos absolu, qui ont déterminé une débilité plus grande. En effet, A... passe une première nuit sur le lit de camp de l'hôpital, sans ressentir

aucun effet fâcheux du froid; il peut même se lever et marcher sans souffrir des pieds, et ce n'est que le lendemain, après une potion débilitante et alors que la température n'a pas changé, qu'il ressent les premiers phénomènes de la congélation.

Une autre question, que se pose M. le docteur Sistach, est de savoir s'il vaut mieux attendre la séparation spontanée des parties sphacélées, ou bien procéder à l'amputation dans la partie saine.

Dans le cas actuel, dit il, alors que la nature avait déjà établi la séparation des parties mortifiées et des parties vivantes jusque dans l'intérieur des articulations tibio-tarsiennes, on ne peut pas considérer cette ablation des parties sphacélées, à l'aide de ciseaux, et la section des malléoles, comme une opération dont le résultat favorable doive être attribué à l'action de l'instrument tranchant. Il me paraît, au contraire, que la nature doit revendiquer en grande partie les suites heureuses de cette double amputation, en faveur de laquelle le chirurgien n'a fait qu'accélérer le moment de la séparation spontanée des parties. Nous voyons, en effet, que lorsque le chirurgien peut seul réclamer le succès de son opération, le couteau a toujours été porté sur les parties vivantes, et à une certaine distance du sillon éliminateur. C'est ainsi que M. le professeur Lustreman a pratiqué cinq fois avec succès l'amputation de la jambe au lieu d'élection pour des sphacèles du pied, et que M. Valette a pratiqué une double amputation sus-malléolaire. Que conclure de ce fait, par rapport à la question des amputations consécutives à la congélation? C'est qu'il ne saurait y avoir de règle absolue pour le chirurgien. C'est que dans certaines circonstances, il faut abandonner aux seuls efforts de l'organisme le soin d'éliminer les parties mortifiées, comme le recommandait Baudens. D'autres fois, il faut venir en aide à cette action de la nature, qui est trop faible, à moins de complications à redouter, qui contre-indiquent toute intervention; et, enfin, c'est que, dans d'autres cas, il faut puiser dans l'étude raisonnée et approfondie de la constitution médicale, du changement de localité, de l'amélioration des conditions hygiéniques, de l'absence des influences épidémiques, ainsi que dans l'examen minutieux de la résistance vitale de chaque blessé, cette hardiesse chirurgicale qui fait sacrifier les membres, pour soustraire les malades aux souffrances et au mouvement fébrile produit par le travail d'élimination, ainsi qu'à tous les dangers inséparables de toute suppuration abondante et durable. Et n'est-ce pas en tenant compte de toutes ces influences multiples, d'une durée variable, que l'on peut apprécier tout ce que paraissent avoir de trop absolu certaines opinions émises?

Notre collègue M. Legouest a observé qu'une diarrhée très-intense survenait chez tous les hommes dont les extrémités inférieures avaient été congelées en totalité, et que pas un de ces blessés ne survivait. M. Valette a constaté aussi, de son côté, que dans tous les cas de sphacèle des deux pieds, où il s'était borné à aider au travail éliminateur de la nature, en s'abstenant d'opérations, la mort avait été la conséquence de cette conduite trop réservée; tandis que dans le seul cas où il a amputé, il a guéri son malade. Est-ce à dire qu'une diarrhée mortelle se montrera toujours chez les congelés des deux pieds, et que toujours aussi la mort sera la conséquence de la séparation spontanée des parties mortifiées? Nullement; ces faits ne sauraient avoir une valeur absolue, et ce n'est qu'en les acceptant comme expression d'influences particulières qu'ils auront une signification réelle, et c'est ainsi qu'en suivant les circonstances judicieusement appréciées, tantôt avec Baudens on devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, et tantôt avec M. Schrimpton on devra amputer primitivement, et secondairement avec MM. Lustreman, Legouest, Ladureau et Valette. C'est en faisant aussi la part des circonstances, que l'illustre Larrey a obtenu plusieurs succès dans des cas de gangrène traumatique, en pratiquant l'amputation avant la délimitation des parties sphacélées.

La question des amputations consécutives à la congélation soulève bien d'importants problèmes qui méritent un examen sérieux et attendent une solution définitive. Si l'on se décide à opérer, faut-il agir sur un point rapproché ou éloigné des parties mortifiées? Faut-il, par exemple pour un sphacèle du pied, pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection, comme M. Lustreman, ou l'amputation sus-malléolaire, comme M. Valette? Dans les cas de congélation des deux pieds, que l'on doit sacrifier, n'a-t-on pas à décider encore la question de simultanéité ou d'ajournement pour l'amputation de chaque jambe, et la question de siége de chaque opération? Tout autant de questions qui jettent souvent l'opérateur dans la perplexité! Et c'est sans doute sous la pression de cette indécision qui règne dans la pratique sur le siége de l'opération, que plusieurs praticiens ont pu dire avec Baudens : La nature trace le cercle de démarcation entre les parties vivantes et les parties mortes beaucoup mieux que la main du chirurgien, et au prix de moins grands sacrifices.

Et lorsqu'il s'agit d'une amputation double, que de motifs sérieux pour en redouter le résultat final! Sans parler de la brusque soustraction d'une partie de l'organisme, de l'ébranlement nerveux qui en résulte, des chances plus grandes d'inflammation et de suppuration, de la mo-

dification subie par les forces plastiques, toutes raisons qui rendent très-graves ces opérations doubles, rappelons surtout que leur gravité réside bien plus dans l'étendue des surfaces traumatiques et le rapprochement du tronc, que dans la simultanéité des deux amputations. Est-il besoin d'ajouter que dans ces cas il ne saurait y avoir nul avantage à amputer les deux membres à des hauteurs inégales, et qu'on s'exposerait, en agissant différemment, à diminuer la solidité de la sustentation, et, par suite, à compromettre le résultat définitif de cette donble opération?

En résumé, les deux observations de M. Sistach ont été recueillies avec grand soin; elles sont complètes et bien faites, et les réflexions qui les accompagnent peuvent être considérées comme deux mémoires importants, l'un sur le diagnostic différentiel du cancer des os et des tumeurs sanguines, et l'autre sur la conduite à suivre dans les cas de congélation.

La commission vous propose de remercier M. Sistach de ses deux intéressantes communications.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET présente une tumeur formée par une hypertrophie des glandules du sac lacrymal, ayant donné lieu à une déviation du globe oculaire avec légère exophthalmie, et communique l'observation suivante.

Le nommé B..., âgé de dix-neuf ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis pour y être opéré d'une tumeur située à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, occupe tout l'espace laissé libre entre le tendon dit réfléchi de l'orbiculaire, c'est-à-dire la bride fibreuse qui attache la commissure interne au squelette, et que j'ai nommée *aponévrose d'insertion des paupières*, et l'arcade orbitaire supérieure. Elle déplisse la paupière supérieure et repousse le globe oculaire en bas et en dehors, en lui faisant faire une notable saillie en dehors de l'orbite.

La peau qui la recouvre est adhérente, et offre une coloration rougeâtre; elle est parcourue par des veines variqueuses qui annoncent sa participation à la vascularisation de la tumeur elle-même. Sa mollesse pourrait faire croire à une fluctuation, que quelques personnes paraissent en effet avoir cru y reconnaître; elle est mobile, mais cependant paraît adhérente dans le point qui répond au sommet du sac lacrymal. Enfin, en introduisant le doigt entre elle et l'arcade orbitaire, il me semble qu'elle offre des bosselures très-peu prononcées,

il est vrai, mais néanmoins sensibles lorsqu'on l'explore avec attention.

Le malade déclare qu'elle a commencé à paraître, il y a dix-huit mois, sous forme d'un gros pois, immédiatement au-dessus de l'insertion de la commissure interne ; qu'elle était mobile alors, et que son œil a eu depuis cette époque quelque tendance à larmoyer ; il est vrai, dit-il, que l'autre pleure également quelquefois , mais sensiblement moins.

La narine de ce côté est libre. Le malade n'éprouve aucune douleur de tête ; il n'a point d'écoulement par les fosses nasales. Enfin, il ne paraît éprouver d'autres douleurs qu'une sensation de gêne et de pression sur le globe oculaire.

Mon collègue M. Denonvilliers , auquel je fis voir le malade pour avoir son avis, pensa comme moi qu'il n'y avait à hésiter pour le diagnostic qu'entre un kyste sébacé, ou une tumeur molle , moins solide, provenant du sac lacrymal.

Croyant y reconnaître une fluctuation profonde , il penchait vers l'idée d'un kyste, tandis que, fondé sur les bosselures que j'avais cru y reconnaître , sur le développement de bas en haut de la tumeur, sur l'absence de fluctuation bien franche, je croyais, au contraire, à l'existence d'une tumeur solide , d'autant mieux d'ailleurs que les kystes sébacés occupent de préférence la région sourcilière. J'ajoutais que cette production me paraissait , d'après les antécédents et les symptômes observés , avoir pour point de départ non les os ni le périoste , mais le sac lacrymal, et j'exprimai la pensée, d'après un fait que j'avais vu antérieurement, que nous pourrions bien avoir affaire à une maladie des glandes de la muqueuse des voies lacrymales, à une hypertrophie glandulaire analogue à celle de la pituitaire et du voile du palais.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante , en présence de M. Denonvilliers, qui voulut bien me prêter sa bienveillante assistance. Une incision longitudinale de 3 centimètres de longueur, faite selon les plis longitudinaux de la paupière supérieure, mit à nu la tumeur, que nous reconnûmes de suite être formée de matière jaunâtre homogène. La dissection en fut faite non sans difficulté , à cause des adhérences du kyste aux tissus périphériques.

Du côté de la voûte orbitaire, je fus obligé de raser le périoste et de détacher la poulie dans laquelle se réfléchit le muscle grand oblique , que je disséquai et rejetai sur le globe oculaire. Je parvins alors à abaisser la tumeur, et je constatai qu'elle s'introduisait par une sorte de pédicule allongé dans une espèce de rainure creuse assez longue

pour y introduire l'extrémité du doigt auriculaire, rainure que nous reconnûmes être la gouttière lacrymale circonscrite en arrière par la crête de l'os unguis.

Je poursuivis la dissection jusqu'en arrière du tendon dit réfléchi de l'orbiculaire, et d'un coup de ciseau je l'excisai un peu au-dessous de cette bride fibreuse.

Voici maintenant la tumeur : elle est fendue par le milieu ; vous voyez l'aspect jaunâtre de la coupe ; cela ressemble à s'y méprendre à celui des tumeurs dites adénoïdes du sein ou aux hypertrophies parotidiennes, ou mieux encore aux tumeurs hypertrophiques glandulaires du voile du palais ou des fosses nasales. En pressant, il en sort une bouillie assez épaisse qu'on dirait contenue dans un tissu aréolaire. C'est bien là ce qu'on aurait appelé autrefois du tissu encéphaloïde. Pour nous, c'est une hypertrophie glandulaire. L'examen microscopique, fait par M. Ch. Robin, confirme de tous points ces données. Voici ce que m'écrit, en effet, notre savant collègue : « Tumeur formée de tubes glandulaires volumineux pleins d'épithélium, très-mous, se rompant facilement, et difficilement isolables dans une grande étendue. Epithélium miliaire à noyaux libres, semblables à ceux qu'on trouve dans les glandes de la pituitaire. »

Ainsi se trouve vérifié de tous points le diagnostic qui avait été porté avant l'opération : à savoir, qu'il s'agissait d'une hypertrophie glandulaire ayant pour point de départ les glandules de la muqueuse du sac lacrymal. Il serait extrêmement difficile de supposer que cette tumeur a pris origine dans d'autres éléments anatomiques, dans les glandes sébacées, par exemple ; car celles qu'on trouve dans cette région donnent naissance, comme partout ailleurs, lorsqu'elles deviennent malades, à des kystes contenant de la matière sébacée. D'ailleurs, l'élargissement de la gouttière lacrymale, le prolongement pédiculé de la tumeur dans cette gouttière, prolongement que j'ai été obligé de poursuivre jusqu'au-dessous du tendon de l'orbiculaire, en enlevant toute la portion du sac lacrymal qui dépasse le cordon ; tout, en un mot, démontre que la tumeur avait son point de départ dans les parois du sac lacrymal lui-même.

Ce fait, qui jusqu'à présent, je le pense du moins, n'a pas d'analogue dans les annales de la science, m'a paru digne de votre attention en ce qu'il vient compléter les études faites sur les tumeurs hypertrophiques des glandules muqueuses en général, et particulièrement des glandes de la pituitaire et de ses prolongements. Il faudra donc désormais faire entrer en ligne de compte les hypertrophies glandulaires du sac lacry-

mal dans le diagnostic différentiel des tumeurs qui se développent dans le grand angle de l'œil et peuvent donner lieu à l'exorbitis.

J'appellerai encore votre attention sur un point qui n'a aucun rapport avec le sujet que je viens de traiter; je veux parler des fonctions du muscle grand oblique. J'ai dit que j'avais mis à découvert le tendon du grand oblique, et que j'avais même été forcé de détacher la poulie de réflexion. L'opération étant terminée et le malade étant plongé dans l'anesthésie, je crus pouvoir me permettre de vérifier les expériences de Bonnet (de Lyon) sur l'action de ce muscle. J'exerçai donc de légères tractions sur le muscle fixé de nouveau par des pinces à l'arcade orbitaire, et nous vîmes de la manière la plus manifeste le globe de l'œil se porter en roulant sur son axe antéro-postérieur en bas et en dehors, ainsi que l'avait vu Bonnet dans ses expériences sur le cadavre. Le malade sera suivi avec soin, et je vous rendrai compte des suites de l'opération et de ce qui adviendra des mouvements du globe de l'œil.

M. GIRALDÈS, à l'occasion de ce malade, demande si M. Richet ne pense pas que la tumeur pourrait avoir pris naissance dans les glandules de la caroncule lacrymale et de la membrane clignotante.

M. RICHET répond que pour l'extirpation de cette tumeur il a dû enlever toute la portion du sac qui dépasse en haut le tendon direct de l'orbiculaire.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

Séance du 30 *mars* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

M. BOINET fait hommage à la Société de son travail intitulé : *Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées*. Paris, 1859, in-8°.

— M. L. Pénard, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'École de Rochefort, se porte candidat à la place de membre correspondant national, et adresse à la Société, à l'appui de sa demande, un travail manuscrit intitulé : *Histoire philosophique de l'art obstétrical*. (Commissaires : MM. Danyau, Huguier et Depaul.)

— A propos de la correspondance, M. LARREY lit l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. Sarrazin, chirurgien militaire :

Mal vertébral latent.; abcès par congestion simple ; gibbosité tardive, avec exostose apophysaire sans paralysie symptomatique. Guérison spontanée.

Le nommé R..., grenadier au 40e de ligne, âgé de vingt-neuf ans, exempt de toute maladie héréditaire, d'une excellente santé, d'un tempérament sanguin, d'une haute taille et d'une vigoureuse constitution, avait été atteint, à l'âge de dix ans, d'un coup de pied de cheval, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Cette contusion fut suivie, peu de jours après, de gonflement, de douleur et de claudication. Un chirurgien ponctionna la tumeur, au bout d'une quinzaine de jours, jusqu'à trois fois dans la même semaine. Il s'en écoula une matière dite pourriture, épaisse et brunâtre ; mais peu de jours après que la dernière ponction eut été faite, le petit malade s'échappa de la maison, et courut pendant toute une journée dans la campagne avec d'autres enfants. Une fois rentré, il ne parut pas souffrir de son escapade, et fut considéré au bout de six semaines comme tout à fait guéri.

A l'âge de dix-huit ans, il contracta une blennorrhagie, qui céda facilement à une médication simple. Il fut atteint en 1858 de la même affection, qui disparut plus rapidement encore que la première. Il n'a jamais eu d'autres accidents syphilitiques, et n'a point été soumis à un traitement mercuriel.

Ce jeune homme, avant d'entrer au servi e militaire, a beaucoup voyagé, d'abord comme charretier, ensuite comme cocher. Il a traversé toute l'Espagne, faisant fonction de piqueur à cheval, en avant d'une chaise de poste, sans jamais éprouver de grande fatigue ni de douleurs dans les reins. Ceci se passait de 1852 à 1855. Il entra alors au service militaire, en demandant à partir pour la Crimée, où il arriva au mois de septembre. Incorporé au 12e de ligne, il n'y fut pas blessé, et n'eut jamais beaucoup à souffrir des vicissitudes de la guerre.

Mais au mois de novembre 1855, le jeune soldat, en chargeant du bois sur son dos, sentit la charge trop pesante, et éprouva de la douleur dans les reins. Cette douleur fut traitée, pendant huit jours de repos, par l'application de laine d'abattoir encore grasse. Il n'entra pas à l'ambulance, et se trouva bientôt en état de revenir en France.

Arrivé au mois d'avril 1856, quelques jours après son débarquement, il n'avait pas remarqué au bas de ses reins une petite tumeur

aperçue par l'un de ses camarades pendant qu'il changeait de linge. Cette tumeur, siégeant à la région dorso-lombaire au niveau de la douzième vertèbre dorsale, s'est accrue depuis lors très-lentement, et n'occasionne de gêne que par la pression du ceinturon ou le poids du sac. Le grenadier R..., plein de force et d'activité, supporte sans souffrance toutes les fatigues du service, et sa santé serait parfaite sans l'existence de la tumeur.

On trouve, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, une dépression allongée, sans trace de cicatrice en ce point ; la peau est mobile sur les tissus sous-jacents. Mais un peu en dehors on remarque deux cicatrices à bords couturés, longues de deux centimètres environ, et dirigées horizontalement : l'une, supérieure et plus rapprochée de l'épine, est adhérente à la région du fascia-lata sous-jacent ; l'inférieure est mobile. Ce sont les traces de l'abcès survenu à l'âge de dix ans. Le palper des fosses iliaques n'indique rien d'anormal. Le ventre est souple en tous ses points, et aucune tuméfaction ne s'y présente, non plus que dans les aines.

Quant à la tumeur du dos, elle est formée principalement par l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale, faisant une saillie régulièrement arrondie, de la grosseur d'une noix ; la peau qui la recouvre est mobile quoique tendue, rouge, et offrant quelques traces d'excoriation.

Elle mesure, à son origine, 2 centimètres et demi ou 3 centimètres. Les apophyses épineuses des vertèbres supérieures et inférieures concourent à la formation de la tumeur, mais tandis qu'en haut il est difficile de les limiter (ce qui est dû à l'imbrication des apophyses dorsales), on reconnaît qu'en bas les apophyses épineuses lombaires forment tantôt une tumeur, tantôt deux tumeurs sous-jacentes à la principale, et suivant les mouvements du tronc.

Enfin, suivant les inclinaisons latérales de la colonne vertébrale à l'état normal, ces apophyses déviées n'occupent pas exactement la ligne médiane, mais se trouvent un peu à droite.

L'intégrité parfaite de la locomotion, à toutes les périodes de cette affection et l'état d'hyperostose, sinon de gibbosité de l'apophyse épineuse de la 12e vertèbre dorsale, avait porté M. Sarazin à ne voir là qu'une exostose apophysaire. Il m'avait écrit dans ce sens et il avait moulé la tumeur. Il avait palpé les aines et n'y avait rien trouvé, le malade déclarant n'avoir jamais souffert de ce côté. Un examen plus attentif a changé la manière de voir de notre confrère. Il croit qu'à une époque très-reculée, il y a eu destruction du corps d'une vertèbre par

des tubercules enkystés, formation d'un abcès par congestion dont le pus, n'ayant pas pénétré dans la gaîne du psoas iliaque, aura fusé dans les parois abdominales : coïncidence du coup de pied de cheval, comme siége et comme époque ; gibbosité par suite de l'affaissement du corps de la vertèbre, soudure enfin, et guérison spontanée, sans aucune intervention médicale.

M. Sarazin a raison de trouver ce fait bien remarquable : En effet,

1° Les fonctions de la moelle épinière n'ont été troublées à aucune période de l'affection vertébrale ;

2° L'abcès par congestion s'est comporté comme un abcès chaud ordinaire ;

3° La gibbosité ne s'est manifestée que dix-sept années après, malgré de violents exercices, des voyages à cheval, et malgré les fatigues du service militaire ;

4° Enfin cette saillie ou cette hypertrophie de l'apophyse épineuse semble s'être développée sous l'influence de la pression du sac et du ceinturon d'uniforme.

L'intéressante observation de M. Sarazin est accompagnée d'un dessin fait par lui et qui donne une idée exacte de cette sorte d'exostose apophysaire.

LECTURE.

M. OLLIER expose le résumé de ses expériences sur le périoste.

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

T... (Gabriel), trente-deux ans, tonnelier, d'une constitution athlétique, entre à l'hôpital Beaujon le 15 janvier 1859, à six heures du soir (pavillon n° 2, lit n° 12). Cet homme montait un cheval fougueux qui s'emporta et vint se jeter sur une voiture pesante. La jambe gauche du cavalier heurta contre le bout du brancard. T... ne fut pas désarçonné ; il put même descendre sur la jambe droite, sur laquelle il resta debout jusqu'à ce qu'on fût venu lui porter secours. La douleur du choc avait été très-vive ; mais elle fut beaucoup plus forte encore pendant le transport, qui eut lieu d'abord en voiture, puis sur un brancard.

Le lendemain matin, vingt heures après l'accident, la jambe est considérablement tuméfiée, la peau est tendue, luisante. Le gonflement, dur et rénitent, dépasse un peu le genou, et double presque le volume

du pied. Une coloration bleuâtre se voit en certains points à travers le tégument.

A la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, on perçoit la crépitation au moindre contact; on constate l'existence d'une fracture du tibia, avec tendance assez marquée au déplacement dans le sens antéro-postérieur. La fracture du péroné était plus difficile à reconnaître, à cause du gonflement. Cependant elle était révélée par la mobilité anormale de tout le segment inférieur de la jambe, et paraissait siéger un peu au-dessus de la brisure du tibia. Sur ce dernier os, le trait de la fracture avait une direction assez remarquable, que nous avons pu facilement et fréquemment constater ce jour-là et les suivants. Le fragment inférieur se terminait en V renversé; ce serait la fracture en A, si l'on tenait à inventer une nouvelle variété, chose peu utile du reste.

Le phénomène qui fixa surtout l'attention fut l'existence de battements isochrones à ceux du pouls, accompagnés d'expansion très-appréciable au toucher et même à l'œil, le tout siégeant à la région antéro-externe de la jambe, entre le tibia et le péroné, au niveau de la fracture et dans une étendue verticale de près de trois pouces. Il n'y a pas en ce point de tumeur proprement dite. La compression de la fémorale fait cesser tous ces phénomènes. M. Verneuil croit sentir un bruit de souffle léger; les personnes présentes ne le constatent pas. Réduction de la fracture; le membre est placé dans une gouttière et recouvert de compresses imbibées de liquides froids et résolutifs.

Le lendemain, un peu moins de gonflement; l'ecchymose apparaît mieux et dans presque toute l'étendue du membre; mêmes phénomènes de battements et d'expansion, peut-être un peu de souffle d'après M. Verneuil, mais c'est douteux.

Du reste, état général excellent; pas de douleurs vives dans la jambe; les fragments toutefois ont une tendance marquée à un léger déplacement qui fait saillir sous la peau le sommet aigu du fragment inférieur.

On applique avec beaucoup de soin un appareil de Scultet avec des compresses graduées immédiates pour contenir le fragment mobile et comprimer également le siége des pulsations. La jambe ainsi bandée est placée dans une gouttière qui se moule exactement sur elle.

Tout reste en place jusqu'au 21. L'appareil est levé, puis réappliqué; le gonflement a disparu presque en totalité; on retrouve néan-

moins les battements et l'expansion, mais très-faibles; on peut espérer leur disparition spontanée.

Le 26, nouvel examen. Toujours de la tendance au déplacement du fragment inférieur, mais dans des limites modérées. Les battements et l'expansion existent toujours, plus forts même que la dernière fois. Le gonflement du pied n'avait pas permis jusqu'alors de chercher les battements des artères tibiale postérieure et pédieuse. On sent très-distinctement ce jour-là leurs pulsations.

Nouvelle levée de l'appareil le 29. Mêmes phénomènes; du reste, douleurs nulles dans le membre, état général excellent.

Le 4 février, les battements et l'expansion sont plus forts qu'ils ne l'ont jamais été; les doigts appliqués sur le point indiqué sont très-visiblement soulevés; point de souffle; la pédieuse bat énergiquement. Du reste, tout le système artériel paraît fort développé chez ce sujet, car on voit facilement les battements de l'artère fémorale au pli de l'aine et dans le triangle de Scarpa. Le doigt appliqué sur ce vaisseau perçoit une pulsation vigoureuse. L'artère néanmoins n'est pas altérée; elle est souple, et on efface sans peine sa lumière par la compression. La région où nous soupçonnons la plaie artérielle n'est cependant le siége d'aucune tumeur proprement dite.

On exerce le malade à comprimer l'artère fémorale au pli de l'aine; il s'en acquitte fort bien et fait disparaître tous les signes indiqués. A partir de ce moment, il occupe une partie de ses journées à comprimer son artère, et il y revient la nuit quand il se réveille. On peut évaluer à huit heures sur vingt-quatre le temps pendant lequel le cours du sang est plus ou moins intercepté.

Le 7 février, le malade sent lui-même des battements spontanés à la partie externe de la jambe; ce phénomène se continue encore le 8 jusqu'à deux ou trois heures de l'après-midi. Vers ce moment il éprouve au même point, et à deux ou trois reprises, des élancements de courte durée, mais assez vifs, semblables à ceux que l'on a signalés quand le sang paraît se coaguler dans le sac anévrysmal. Depuis lors le malade n'a plus rien senti; il continue la compression.

Le 9, les battements sont très-faibles. A la levée de l'appareil on put un instant croire qu'ils avaient disparu, mais ils revinrent au bout de quelques minutes d'une manière évidente.

A cette époque il n'y avait pas trace de consolidation. La mobilité et la crépitation étaient aussi manifestes que le premier jour.

Le 14, on applique sur le trajet de la fémorale un sac de toile conte-

nant 2 livres de plomb. Les battements de la fémorale sont à peine modifiés par cette compression.

Le 15, on enlève l'appareil : battements d'une force moyenne. On sent encore de la crépitation et de la mobilité anormale. Menace de saillie du sommet du V.

Le 19. Depuis le 17 maux de cœur, mal de tête, fièvre vive. — Purgatif salin; boissons acidules; diète.

Le 20, mieux évident.

Le 22, battements très-limités, mais assez sensibles. — Application d'un appareil plâtré exactement moulé sur le membre.

Le 27, le malade ne sent plus les battements, qui avaient reparu depuis quelques jours. — On continue à appliquer le sac de plomb.

Le 2 mars, on coupe l'appareil plâtré. On sent à peine les battements. La mobilité des fragments est bien moindre.

Le 4, battements très-limités, et un examen attentif démontre qu'ils se font suivant une ligne étroite, qu'ils manquent dans le lieu où ils avaient autrefois leur maximum; et enfin que ce qu'on sent aujourd'hui n'est autre chose que la pulsation de la partie inférieure de l'artère tibiale antérieure; pulsation d'ailleurs forte, mais sans expansion. — Compresse graduée à ce niveau.

Le 19, nouvel appareil plâtré peu serré. On le laisse parce que le malade peut déjà s'appuyer sur sa jambe.

Le 31, jambe bien solide.

Le 5 avril, on a coupé l'appareil le 4. Le malade ne porte plus qu'une bande roulée. La cicatrice osseuse est solide; mais au niveau de la pointe du V, il y a une petite croûte qui semble cacher une légère excoriation. L'ulcération des téguments est à craindre pour l'avenir.

M. Verneuil ajoute quelques remarques à l'observation qui précède : Lorsque je fus, dit-il, en présence de ce cas, j'eus quelque hésitation sur la méthode à suivre. Fallait-il s'abstenir? fallait-il intervenir ? Que deviendrait la maladie abandonnée à elle-même ? L'anévrysme augmenterait-il ? se formerait-il un sac autour de l'épanchement ou bien avait-on espoir de voir le sang se résorber et la blessure vasculaire se cicatriser? La fracture enfin pourrait-elle se consolider ?

Le souvenir de mes lectures ne me rappelait rien d'analogue; je recourus donc aux auteurs et je fus à peu près aussi perplexe qu'avant, car je trouvai dans le mémoire de Dupuytren (1) des exemples d'ané-

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 507, 1839.

vrysmes diffus, compliquant des fractures; on s'était cru en droit de lier les deux bouts de l'artère blessée (J. L. Petit) ou de lier l'artère principale du membre, comme Dupuytren et d'autres le firent avec succès, d'autres avaient amputé la cuisse; mais je ne pouvais songer à employer ici une méthode aussi périlleuse.

D'un autre côté, je trouvai dans le bel ouvrage de M. Cruveilhier un passage beaucoup plus rassurant. En parlant des anévrysmes diffus, ce savant anatomo-pathologiste nous dit :

« J'ai senti des pulsations dans des membres fracturés et considéra-» blement tuméfiés; cependant la résorption s'est effectuée et la gué-» rison a eu lieu comme dans le cas de fracture simple (1). »

Je demandai conseil à mon excellent ami Broca, si compétent sur la matière. Il partageait l'opinion de M. Cruveilhier ; il avait recueilli un certain nombre de faits analogues au mien, et, sauf en un cas où un anévrysme diffus s'était définitivement organisé, la guérison spontanée s'était toujours effectuée. Cependant, j'étais loin d'être rassuré, j'avais présentes à l'esprit des observations où les débuts de l'affection avaient été au moins aussi bénins que dans le cas soumis à mes soins, et qui, cependant, avaient définitivement abouti à l'amputation de la cuisse (obs. de M. Oré, de Bordeaux; obs. de Picard, de Caloy, de Marthe-Marie Barbe, 2e, 3e, 5e obs. du mémoire de Dupuytren). Il pouvait donc se faire que l'épanchement augmentât, qu'un abcès se développât dans le foyer, etc. Comme cependant le cas n'était pas très-grave, j'attendis quelques jours; me contentant de réduire de mon mieux la fracture et d'exercer une compression directe sur le siége de l'épanchement, à l'aide de compresses graduées appliquées directement dans la gouttière interosseuse antérieure. Dix-huit jours après l'accident, l'état local était le même; le mal n'avait pas empiré à la vérité, mais les battements étaient encore très-manifestes, les os très-mobiles et enclins au déplacement. Je crus avoir assez longtemps sacrifié à l'expectation, et il ne me sembla pas prudent de prolonger l'expérience davantage.

Je n'hésitai pas entre les divers moyens qui s'offraient à moi, et la compression digitale me parut devoir être essayée tout d'abord. On a vu le succès qu'elle a obtenu.

Je ne veux cependant rien exagérer. Peut-être la guérison spontanée aurait eu lieu sans rien faire; mais peut-être aussi le mal se serait

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. Ier, p. 98, 1849.

aggravé. Dans cette alternative, je ne crois pas qu'on puisse faire d'objections sérieuses à l'expédient plein d'innocuité que j'ai employé.

M. Verneuil signale encore à la Société un très-beau succès de la compression digitale obtenu, à Philadelphie, par M. le Dr Gross. L'anévrysme, d'une dimension très-notable, siégeait à 5 ou 6 centimètres de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa. Quarante-quatre heures de compression digitale en deux séances amenèrent une guérison complète sans aucun accident.

M. CHASSAIGNAC. Les faits intéressants qui ont été récemment publiés prouvent l'efficacité de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes; je ne veux pas contester la valeur de ce moyen thérapeutique, mais je crois qu'il est bon de publier les faits dans lesquels la compression a été insuffisante. Deux malades sont entrés dernièrement dans mon service, l'un avec une plaie de l'éminence Thénar, l'autre avec une plaie de l'artère cubitale. Bien que les pansements qui avaient été faits en ville fussent très-peu réguliers, je ne voulus pas les remplacer. Le premier blessé sortit guéri au bout de quelques jours. Il n'en fut pas de même du second. Douze jours après sa blessure, une hémorrhagie se manifesta, et ne fut arrêtée que par la compression qu'un interne exerça sur la plaie, malgré la défense que j'en avais faite. Le sang ayant reparu cinq jours après, pendant la nuit, je tentai la compression de l'artère humérale. L'hémorrhagie, suspendue dans les premiers instants, ne tarda pas à reparaître par suite de la difficulté que l'on éprouvait à comprimer l'artère dans toute sa largeur. Dès que le doigt cédait un peu, un jet de sang indiquait l'insuffisance de la compression. Je dus me décider à pratiquer la ligature de l'artère humérale.

Cette opération n'ayant suspendu que momentanément l'hémorrhagie, qui se reproduisit bientôt par récurrence, il fallut recourir à la ligature des deux bouts de l'artère cubitale dans la plaie.

Cette dernière opération arrêta définitivement l'hémorrhagie. Si tous les chirurgiens n'adoptent pas cette ligature, c'est qu'elle présente mille difficultés. Les tissus enflammés ont perdu leur couleur normale; ils sont friables sous la pince qui les saisit, et le chirurgien, troublé par le changement d'aspect, ne sait plus où trouver les bouts de l'artère.

M. Chassaignac termine en disant que dix chirurgiens habiles n'auraient pas réussi, en se relayant, à arrêter l'hémorrhagie dans le cas qu'il vient de rapporter succinctement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. LEGOUEST présente un polype naso-pharyngien qu'il a enlevé en incisant le voile du palais et en excisant une partie de la voûte palatine. Au moment de l'incision du voile du palais, les vêtements du malade et des assistants furent couverts de sang. L'opération fut excessivement laborieuse, tant pour saisir le polype et l'exciser que pour en pratiquer la cautérisation, l'espace existant entre les lèvres de la plaie étant insuffisant pour laisser passer les instruments et mettre à découvert l'insertion du polype.

M. Legouest s'attendait à trouver le lendemain de l'opération les bords du voile du palais agglutinés, mais il n'en fut rien; le pédicule du polype, en faisant saillie dans la bouche, s'était opposé à cette réunion.

La suite de cette observation sera communiquée plus tard à la Société.

— Comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

Séance du 6 *avril* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

L. J. Bauchet. *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire.* Paris, 1859, in-4°.

— F. Coletti. *Della vita e degli scritti di Francesco Rognetta.* Padoue, 1859, in-8°.

— Euplio Reina. *Sopra una nuova forma di chiusura permanente della bocca.* Catane, 1858, in-8°.

— Francesco Marzolo. *Della estirpazione totale della parotide.* Padoue, 1859, in-8°.

— M. LARREY fait hommage à la Société de son *Rapport sur une observation de mal perforant des deux pieds, et sur une observation de fracture de la cuisse*, etc. Paris, 1859, in-4°.

— M. Albert Puech, chef interne des hôpitaux civils de Toulon, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources*. Montpellier, 1858, in-8°. M. Puech demande à être inscrit sur la liste des candidats au prix Duval.

M. Verneuil demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Chassaignac nous a parlé des tentatives qu'il avait faites pour arrêter des hémorrhagies des artères de la main, à l'aide de la compression digitale indirecte pratiquée sur l'artère humérale. Ce moyen ne lui a pas réussi, car le sang s'échappait de nouveau dès que la compression était momentanément suspendue ou moins parfaitement exécutée. Ce résultat ne doit pas surprendre ; d'abord la compression de l'humérale est plus difficile qu'on ne pense ; le moindre mouvement du malade, une contraction du biceps, dérangent les doigts qui compriment, et le sang passe dans le vaisseau.

Exercée avec la main, la compression est rarement totale, au moins ne l'est-elle pas longtemps. C'est pourquoi cette méthode convient mal aux hémorrhagies primitives, qui exigent une interruption complète du cours du sang pendant un laps de temps plus ou moins long.

Pour être efficace dans des cas de ce genre, l'application du doigt doit être directe, c'est-à-dire porter *dans la plaie elle-même*, sur les extrémités des bouts artériels séparés par la solution de continuité. Cette méthode remonte à l'origine même de la chirurgie, car c'est pour ainsi dire un acte instinctif, de la part des blessés ou des personnes présentes, de placer les doigts sur une plaie qui saigne avec profusion. On fait ainsi une hémostase provisoire. Aussi ne doit-on regarder la compression digitale comme méthode que lorsque, par son application prolongée, on cherche à obtenir l'hémostase définitive.

J'ai dit que les origines de cette pratique sont fort anciennes ; qu'il me soit permis de donner quelques indications qui permettront d'écrire un jour l'histoire de ce point de pratique. Galien parle en plusieurs endroits de l'application du doigt pour arrêter le sang, et réunir les lèvres d'une plaie qui fournit du sang. Ces passages, d'ailleurs assez laconiques, nous laissent ignorer la durée de la compression directe ; on ne saurait donc dire si cet expédient était temporaire ou définitif (1).

---

(1) *Methodus medendi*, liv. V, chap. II. T. X, édit. de Kühn, p. 314, 317, 320, 321.

Franco, en parlant de l'extirpation des loupes de la tête, recommande quelques remèdes, et ajoute que, s'il y a hémorrhagie, on arrêtera le sang « jusqu'à temps que l'hémorrhagie soit aucunement cessée, ou bien lier la veine ou artère avec un filet bien fort, ainsi comme enseigne Galien au cinquième de sa méthode (1). »

Nous trouvons surtout une nouvelle mention de la compression digitale directe dans un recueil d'observations trop peu connu en France. Je veux parler du livre de H. Von Roonhuysen, qui écrivait dans le dernier tiers du dix-septième siècle. Le document est d'autant plus précieux qu'au lieu d'un conseil dogmatique, nous avons deux faits tout à fait concluants: l'un date de 1582, le sujet est le prince d'Orange, blessé par arme à feu au siége d'Anvers. La plaie, située à la tête, alla bien pendant quatorze jours. A cette époque : hémorrhagie énorme que Joseph Michaël de Luca ne réprima que par la compression digitale continue. Le noble malade guérit.

Roonhuysen suivit cet exemple pour une hémorrhagie incoercible et plusieurs fois récidivée. Elle avait pour point de départ une ulcération syphilitique du gland. Tous les hémostatiques avaient été épuisés. Roonhuysen fit venir deux garçons tailleurs (parce que ces ouvriers peuvent rester assis mieux et plus longtemps que les autres), et fit comprimer l'artère de la verge avec le pouce dans la plaie probablement. Les deux chirurgiens improvisés se relayaient de quatre heures en quatre heures. Ils y restèrent huit jours et huit nuits : la guérison fut obtenue. Ceci se passait en 1664 (2).

En 1691, Saviard avait opéré un anévrysme du pli du coude par la méthode ancienne : le bandage étant appliqué, le tourniquet ôté, « il fit appuyer la main d'un serviteur sur le pli du coude depuis dix heures du matin jusqu'à dix heures du soir. » C'est là une sorte de compression manuelle adjuvante qui ne rentre pas directement dans le cadre actuel, mais que je cite comme curiosité.

En 1695, Saviard met en usage un autre procédé : c'est encore la compression adjuvante de la méthode ancienne ; mais cette fois elle ne s'exerce plus à travers l'appareil, c'est la méthode indirecte qui est employée. Deux serviteurs comprimèrent l'artère pendant vingt-quatre heures (3).

(1) *Traité très-ample des hernies*, 2e édit., 1561, p. 483.

(2) Historicher Heil-Curen verfassete Anmerckungen. — Traduction allemande. Nürnberg, 1674. Erste Theile XXVI, Anmerckung., p. 96.

(3) Saviard, Observations chirurgicales. Edit. Lerouge. Paris, 1784. — Obs. VII, p. 27, et obs. XXXIII, p. 135.

J. L. Petit, en 1710, utilisa encore la compression manuelle, mais seulement d'une manière extemporanée et comme adjuvant. C'était pour une amputation de cuisse ; quatre chirurgiens se relevaient d'heure en heure pour appuyer à travers le bandage sur l'endroit de l'artère ouverte (1).

Enfin Lancisi consacre un assez grand paragraphe à la compression digitale comme moyen de traiter les hémorrhagies primitives. Il pense que la chose est très-praticable chez les gens riches et chez les pauvres dans les hôpitaux. Cependant il ne cite aucun fait particulier (2).

Je m'arrête ici, n'ayant pas voulu faire l'historique complet de la question, mais seulement en signaler l'antique origine, et surtout pour rappeler à l'attention les remarquables observations du fameux chirurgien hollandais.

Je ne songe nullement à donner la compression digitale dans les plaies artérielles comme méthode générale ; mais je ne puis m'empêcher de croire qu'en quelques cas rares, elle est susceptible d'applications utiles dans certaines hémorrhagies. C'est pourquoi je crois qu'il est bon de connaître les faits qui s'y rapportent.

M. RICHET. L'efficacité de la compression digitale pour le traitement des anévrysmes est incontestable, mais comme il est bon que l'on enregistre les faits dans lesquels cette méthode a échoué, je demande à la Société la permission de lui communiquer une observation recueillie à l'hôpital Saint-Louis.

Je n'en donnerai ici que le résumé succinct, l'interne du service, M. Jacquard, se proposant de publier plus tard l'observation *in extenso*.

Le nommé L. G..., âgé de trente ans, ancien infirmier des hôpitaux, entre à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du creux poplité qualifiée d'inflammation par le médecin qui l'adresse; effectivement on l'a traité par les sangsues et les vésicatoires. Lors de l'entrée, la tumeur proémine dans le creux du jarret, mais arrive depuis quelques jours à la partie inférieure et interne de la cuisse.

Appelé à voir le malade en l'absence momentanée de mon collègue M. Denonvilliers, je reconnais un anévrysme de la poplitée, dont le sac s'est fait jour à travers le tendon du troisième adducteur, et se présente à la cuisse sous forme d'un abcès. Il y a effectivement de la cha-

---

(1) J. L. Petit, édit. en un volume. 1844, p. 825.

(2) Lancisi, *De motu cordis et anevrysmatibus*. Lib. 2, chap. Ier. Propos. XI, p. 142, in-4°. Naples, 1737.

leur, de la rougeur, et surtout de l'empâtement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les pulsations sont parfaitement reconnaissables. La tumeur est agitée d'un mouvement d'expansion très-caractérisé ; enfin, je constate un bruit de souffle bien manifeste.

Je fais appliquer des compresses imbibées d'eau blanche, et un bandage roulé sur le membre inférieur.

La tumeur diminue, perd peu à peu ses caractères inflammatoires ; alors je fais pratiquer une compression dans le pli de l'aine à l'aide d'une pelote de charpie soutenue par un spica de laine.

Quelques jours après, M. Denonvilliers ayant repris son service, nous convenons d'essayer la compression digitale.

Le 21 mars, on la commence à huit heures du matin jusqu'à quatre heures du soir. Le malade s'en plaint vivement. On le laisse reposer le 22 et le 23.

Le 24, la compression est faite de neuf heures à quatre heures ; elle a été très-douloureuse au dire du malade, et on voit effectivement une plaque rouge avec tuméfaction dans le pli de l'aine.

Le 25, le malade essaye de comprimer lui-même.

Le 26, compression pendant quatre heures par les élèves du service. Mais le malade la déclarant intolérable, on cesse.

Le 27 et le 28, la tumeur, qui depuis la compression digitale n'a cessé d'augmenter, menace de se rompre. Il s'est formé dans le creux poplité une eschare qui laisse suinter du sang sous l'épiderme, et la tumeur est agitée de battements violents.

M. Denonvilliers et moi pensons qu'il ne reste plus d'autre chance de salut que de lier la fémorale ou même d'amputer la cuisse. Le malade ne veut pas entendre parler d'opération.

Le 29, la maladie a fait de nouveaux progrès, le malade consent à la ligature, qui est pratiquée dans le pli de l'aine, à la partie inférieure du triangle inguinal.

Depuis cette époque la tumeur a sensiblement diminué. Aujourd'hui 10 avril la guérison semble certaine ; la ligature est tombée, et la tumeur a diminué des deux tiers.

Peut-être pourrait-on objecter qu'ici la compression digitale n'a pas été prolongée assez longtemps ; effectivement, en ne tenant compte que de celle faite par les aides, elle n'a pas duré plus de vingt heures. Mais il est des cas dans lesquels quelques heures ont suffi à M. Vanzetti pour guérir sans retour de semblables anévrysmes. La compression ici a été faite aussi parfaitement que possible, et cependant elle n'a pu être supportée ; cela tient sans doute à l'individu.

J'incline à penser que la raison pour laquelle la compression a échoué, c'est que l'anévrysme s'était enflammé. Lorsque le malade est entré à l'hôpital, il y avait déjà un ramollissement des caillots et même du pus infiltré dans le tissu cellulaire périphérique, ainsi que le démontrait l'empâtement, ce qui a nui à la coagulation du sang dans la poche.

Toujours est-il que c'est là un fait qu'il faut faire entrer en ligne de compte, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on adopte relativement à cet insuccès de la compression digitale.

M. GIRALDÈS. La malade de M. Gross, dont M. Verneuil a parlé, avait dans le triangle inguinal un volumineux anévrysme, dont le diamètre vertical était de 4 pouces et demi et le transversal de 5 3/4. Le 10 juin, M. Gross exerça la compression digitale sur le pubis. La première séance dura trente et une heures vingt minutes; la seconde, quatorze heures trente-cinq minutes. Au bout de quarante-cinq heures cinquante-cinq minutes, les pulsations avaient complétement cessé de se faire sentir dans la tumeur, et la malade sortit guérie le 6 juillet.

J'ai trouvé dans l'article de M. Gross un relevé intéressant des anévrysmes traités par la compression. Leur nombre est de 23 : 15 de l'artère poplitée, 4 de l'artère fémorale, 2 de la région inguinale, et 2 artério-so-veineux. Il y a eu 15 succès et 8 insuccès. Dans les cas heureux, on a eu recours cinq fois à la compression digitale, quatre fois à la compression continue au moyen des appareils mécaniques, cinq fois à la compression mécanique interrompue, et une fois seulement à la compression alternative exercée tantôt par les doigts, tantôt par un appareil.

On trouve aussi dans les *Annales d'oculistique* (décembre 1858) l'observation d'un anévrysme de l'artère ophthalmique guéri par la compression de l'artère carotide. Dans ce cas, le professeur Gioppi a fait comprimer l'artère pendant quatre jours. Ce n'est qu'au bout de ce temps que les battements ont cessé d'être perceptibles dans la tumeur anévrysmale.

Je préfère, dit M. Giraldès, la compression digitale, parce qu'elle se fait à l'aide d'un compresseur plus parfait. Récemment M. Vanzetti a eu l'idée d'y recourir pour le traitement des phlegmons érysipélateux ou diffus.

On a encore modifié la compression pour le traitement de l'anévrysme poplité, en fléchissant le membre inférieur de manière que le pied soit en contact avec la fesse. Ce procédé, qui avait été déjà mis en usage par M. Lenoir, vient d'être tenté de nouveau en Angle-

terre. Je veux enfin rappeler en finissant que M. Teale a cru devoir malaxer une tumeur anévrysmale du creux poplité, de manière à rompre les caillots qu'elle contenait, avant de recourir à la compression.

M. BROCA. Je ne crois pas que l'on puisse invoquer le fait de M. Richet contre la méthode de la compression ; dans ce cas, l'anévrysme était volumineux et le sac était, ce me semble, le siége d'un commencement d'inflammation. Je n'oserais pas assurer que ce fût là un des anévrysmes contre lesquels la compression doit être employée. Chez un malade que M. Gosselin m'a fait voir et qui avait un anévrysme de la grosseur d'un œuf d'oie, craignant un ramollissement de la tumeur, j'ai conseillé de comprimer l'artère à l'aide d'un appareil, avant de recourir à la compression digitale. Grâce à cette combinaison des deux procédés, la coagulation s'est faite dans le sac anévrysmal ; mais il s'est formé un petit abcès.

La compression digitale agit à la manière de la ligature, en supprimant complétement le passage du sang ; on n'obtient, au contraire, qu'une compression partielle à l'aide des appareils, et c'est là ce qui convient au traitement de beaucoup d'anévrysmes. Dans l'observation de M. Richet, on n'a exercé la compression que pendant vingt heures ; or, c'est le plus souvent un laps de temps insuffisant pour que la coagulation du sang contenu dans la poche anévrysmale puisse se produire.

On n'est donc pas en droit de dire que la compression ne pouvait point réussir, puisque telle qu'elle a été exercée elle n'a été qu'intolérable. Dans ce cas, il fallait essayer la compression mécanique, qui parfois est supportée par des malades qui ne peuvent pas tolérer la compression digitale. On s'est trop hâté, puisque la ligature elle-même n'arrête pas toujours en vingt-quatre heures les pulsations des anévrysmes. La coagulabilité du sang inégale chez les individus explique l'inégalité du temps nécessaire pour la guérison par la compression.

M. Giraldès parlait de la perfection de la compression ; j'ai dit qu'avec les doigts on arrive à l'idéal de la méthode. Mais je soutiens encore qu'il y a des cas dans lesquels le cours du sang ne doit pas être supprimé trop brusquement, sous peine de donner lieu à un mauvais caillot.

Je veux en finissant dire ce que je pense de la malaxation. Ce n'est là qu'une nouvelle application des tentatives qui ont été faites pour les anévrysmes de l'artère sous-clavière. C'est la méthode la plus dangereuse que l'on puisse employer : elle expose à la rupture du sac anévrysmal, que j'ai eu l'occasion d'observer dans un cas où un rebou-

teur avait pris un anévrysme pour une luxation; elle donnera lieu à bien des déceptions si on est tenté d'imiter la pratique de M. Fergusson.

M. VERNEUIL. Le fait de M. Richet ne prouve ni pour ni contre la compression, puisque la maladie semblait s'être aggravée après une tentative de vingt heures; il faut qu'il y ait eu dans cet anévrysme des conditions de non-coagulation que l'on ne retrouve pas généralement.

M. Broca pense que la compression digitale a pu, dans le cas de M. Gosselin, donner naissance à un abcès. Après avoir lu avec soin l'observation qui a été publiée, je suis tenté de croire que la suppuration a été la conséquence de deux ponctions exploratrices qui ont été faites. Si l'on compare l'anévrysme du service de M. Gosselin à celui qui a été publié par M. Gross, on voit que le second ne le cédait en rien au premier pour le volume, et pourtant la compression digitale a suffi pour amener une prompte guérison; tandis que dans le fait de l'hôpital Cochin on a employé la compression mécanique pendant douze jours avant de recourir à la compression à l'aide des doigts.

M. Verneuil termine en disant que M. Broca se trompe quand il dit que par la compression digitale on suspend complétement la circulation; après six ou sept minutes, le sang commence à passer sous les doigts, qui au bout de ce temps ne compriment déjà plus suffisamment pour empêcher les pulsations de se faire sentir dans l'anévrysme.

M. VELPEAU. M. Lenoir rappelait tout à l'heure, dans une interruption, que Monteggia a parlé de la flexion forcée du membre comme étant un moyen propre à guérir les anévrysmes. M. Lenoir a eu recours à cette méthode, et moi-même je l'ai employée sans connaître les tentatives qui avaient été faites antérieurement. La femme que je traitai par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras avait un anévrysme du pli du coude; elle fut soumise à la nouvelle méthode pendant cinq ou six jours, mais les douleurs dont elle se plaignait m'obligèrent à recourir à la ligature.

M. Velpeau ne veut pas condamner ce moyen thérapeutique, mais il croit qu'il est bon de publier tous les faits qui peuvent servir à juger de son efficacité.

M. GIRALDÈS ne pense pas que la compression digitale, en interrompant brusquement le cours du sang, doive donner lieu à un caillot de mauvaise nature; en disant qu'elle agit comme la ligature, M. Broca est allé trop loin. M. Giraldès défend la méthode de la malaxation,

qui n'a pu être employée par M. Teale qu'avec mesure et circonspection.

M. RICHET. On s'est généralement mépris sur mes intentions. Je n'ai point voulu attaquer la méthode de la compression ; j'y aurais recours pour moi-même, si j'étais affecté d'un anévrysme. Mais j'ai pensé que le fait dont j'avais été témoin était de nature à éclairer la question, et j'ai dû le communiquer à la Société.

J'ai entendu avec peine M. Broca nous reprocher, à M. Denonvilliers et à moi, de nous être trop pressés de faire la ligature de l'artère. On ne peut bien juger de l'opportunité d'une opération qu'en voyant le malade qui doit la subir. On dit aussi qu'il fallait d'abord employer la compression mécanique ; mais il n'y a pas de faits dans lesquels cette compression ait été supportée, la pression par les doigts étant intolérable.

M. GOSSELIN. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions nous prononcer sur la valeur des deux modes de compression dont on a parlé dans cette discussion. Pour moi, j'avais une grande tendance à employer de suite la compression digitale ; mais comme, d'un autre côté, je ne pouvais pas me dissimuler les inconvénients de la suppression brusque du passage du sang dans l'anévrysme, j'ai pris le parti de comprimer d'abord incomplétement à l'aide de deux appareils, et de finir par la compression digitale non interrompue. Je crois avoir bien fait ; mais pour juger définitivement cette question, il faudrait que chacun de nous eût une plus grande expérience personnelle.

Les ponctions exploratrices que j'ai pratiquées chez le malade dont on vous a parlé sont justifiées par les douleurs intolérables qui me firent penser qu'un abcès s'était formé. Sans doute on peut, avec M. Verneuil, dire que la formation du pus a été la conséquence des ponctions exploratrices, puisque la suppuration ne s'est pas établie de suite ; mais je crois pourtant qu'elle est due à l'inflammation de la face externe du sac anévrysmal.

M. BROCA. Je crois que l'instrument à l'aide duquel M. Gosselin a fait la ponction a pénétré dans les caillots. Il s'est produit alors du pus, comme dans les 80 observations de ligature d'artères que j'ai citées dans mon livre. S'il existe déjà dans la science un aussi grand nombre de faits dans lesquels la ligature a produit des abcès, cela provient de ce que cette méthode expose plus que la compression à la formation des caillots passifs.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

Séance du 13 avril 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général dépouille la correspondance; elle comprend, outre les journaux de la semaine, le tome IV des *Mémoires des concours des savants étrangers* publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. Ce volume, de 816 pages, est entièrement rempli par un mémoire de M. A. Laurens, intitulé *Essai sur l'état puerpéral*, et couronné par l'Académie.

LECTURE.

M. MAGITOT donne lecture d'un travail intitulé *Etude sur les tumeurs du périoste dentaire*. (Commissaires, MM. Jarjavay, Giraldès, Follin.)

COMMUNICATION.

Examen des modifications anatomiques produites pendant l'abaissement de l'utérus. — MM. LES DOCTEURS LEGENDRE et BASTIEN présentent le résultat d'expérimentations qu'ils ont faites sur le cadavre, dans le but d'étudier la descente de l'utérus. Sans établir une comparaison complète entre ces expériences cadavériques et les cas de chute de la matrice que l'on rencontre chez le vivant, ils croient, d'après ces recherches, pouvoir donner une idée assez juste du déplacement général des organes du bassin dans cette affection et dans certaines opérations que l'on pratique sur l'utérus, dans lesquelles le chirurgien est obligé d'employer des manœuvres violentes pour abaisser cet organe au dehors.

Ils ont cherché à produire artificiellement les différents degrés que l'on rencontre dans la chute de l'utérus.

Dans le premier degré, l'extrémité du col de l'utérus, le museau de tanche répond à la base des petites lèvres, au niveau de l'anneau vulvaire; il ne fait pas encore saillie à l'extérieur. Pour obtenir cet abaissement, il faut employer une force de 15 à 20 kilogrammes, le sujet étant une femme de soixante ans. Dans cette traction, les ligaments utéro-lombaires sont fortement tendus, les ligaments utéro-ovariens très-légèrement entraînés; mais on n'observe aucun changement du côté des ligaments ronds. Si l'on examine les rapports des organes

de la région du petit bassin, on constate que la face antérieure de la vessie s'est éloignée du pubis, que son fond a été entraîné vers la région du périnée, où elle fait une certaine saillie au-dessous de l'urèthre. Le vagin est en partie déplissé; toute sa paroi antérieure occupe l'espace qui sépare le méat de l'urèthre de l'ouverture du vagin. La paroi postérieure est descendue en partie seulement. Le rectum n'a subi aucun changement dans sa position. Les culs-de-sac du péritoine affectent les rapports suivants : l'antérieur répond au milieu du bas-fond de la vessie, le postérieur est très-distendu; il est à une très-petite distance de l'ouverture antérieure du vagin.

Dans le second degré le museau de tanche a été attiré tout à fait au dehors entre les grandes lèvres, le col utérin est embrassé par l'anneau vulvaire : il a fallu dans cette expérience employer une force de 50 kilogr. Le sujet était une femme âgée de 40 ans. Dans ce fait, les ligaments utéro-lombaires sont très-fortement tendus, les ligaments utéro-ovariens subissent une traction modérée, et les ligaments ronds sont ramenés à une direction rectiligne, mais sans aucune tension.

L'inspection des organes du petit bassin montre le corps de l'utérus entièrement caché sous le bas-fond de la vessie. Ce dernier réservoir est séparé du pubis dans une plus grande étendue que dans le cas précédent, et son bas-fond est plus rapproché de la paroi antérieure du vagin. La paroi postérieure de ce conduit n'a pas été renversée, l'utérus s'est invaginé dans ce canal en entraînant le péritoine, dont les deux culs-de-sac répondent au corps de cet organe, au lieu d'arriver jusqu'au col, comme cela a lieu dans l'état normal.

Dans une autre série d'expériences qu'ils ont instituées, MM. Legendre et Bastien se proposent d'étudier la descente complète de l'utérus et l'action des instruments, tels que les pessaires, qui servent à maintenir cet organe dans le petit bassin.

M. DEPAUL signale la différence notable qui existe entre les expériences communiquées par MM. Legendre et Bastien et celles entreprises jusqu'à ce jour. Pour mon compte, dit M. Depaul, j'ai essayé de produire l'abaissement, mais en agissant seulement sur le fond de l'organe, et malgré les pressions les plus vigoureuses exercées en même temps par trois personnes, nous n'avons pu déterminer l'abaissement.

Du reste, il faut reconnaître que sur le cadavre l'abaissement est bien plus difficilement obtenu que sur le vivant.

M. LENOIR signale sur les planches soumises à l'examen de la Société une particularité qui serait le résultat de la traction directe exercée sur le col utérin : ce col paraît manifestement allongé.

M. CAZEAUX est peu disposé à admettre que le col, en raison de sa structure intime, puisse subir cet allongement.

Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT, la Société décide que la discussion sur la présentation de MM. Legendre et Bastien n'aura lieu que lorsque la totalité du travail aura été livrée à la commission chargée de l'examiner, et lors du rapport de cette commision.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de la vésicule du fiel. — Fracture du crâne. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société deux préparations anatomiques : l'une est constituée par un cancer de la vésicule biliaire, sans aucune altération cancéreuse du foie. La tumeur faisait saillie à la paroi abdominale ; sa véritable nature n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie.

La seconde pièce, qui se rapporte à une fracture de la base du crâne, a été recueillie dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de vingt et quelques années, étant en état d'ivresse, s'approche d'une fenêtre pour vomir. Pendant les efforts qu'il fait, le corps étant penché en avant, une chute a lieu, et de la hauteur d'un troisième étage, il vient tomber sur le sol, la tête la première. Il est apporté à l'hôpital Lariboisière, ayant une paralysie complète du nerf facial du côté droit, et par l'oreille droite l'écoulement du liquide séreux considéré comme signe de la fracture du rocher.

Cet écoulement continue pendant deux ou trois jours, et le malade survit deux mois à cet accident.

Le genou du côté droit ayant été violemment atteint dans la chute, sans qu'il y eût ni fracture ni luxation, une arthrite suppurative s'est déclarée, et paraît avoir été la cause de la mort, qui n'a eu lieu qu'au bout de deux mois.

L'examen de la base du crâne a montré l'existence d'une fracture qui divisait le rocher à sa base, c'est-à-dire près du conduit auditif externe. Le conduit auditif interne, dans toute sa longueur, était étranger à la fracture. Le tracé de cette dernière présentait la disposition suivante : à partir du trou déchiré postérieur et du coin correspondant à la terminaison du sinus latéral et au golfe de la veine jugulaire, la fracture, qui intéressait l'occipital, venait croiser obliquement d'arrière en avant la base du rocher, et se terminait dans la fosse temporale, remontant de là jusqu'au pariétal.

Un commencement de consolidation paraît exister dans la portion pariétale de la fracture ; aucune éraillure n'a été aperçue dans les sinus. Le conduit auditif interne était totalement étranger à la fracture.

DISCUSSION.

M. HOUEL demande si M. Chassaignac a reconnu à l'autopsie des traces de contusion sur les parties molles au niveau de la fracture. La plupart de ces fractures, perpendiculaires à l'axe du rocher, ne sont pas produites par une violence directe, mais par un choc agissant sur la partie postérieure de la tête.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il n'existait plus de traces de contusion.

M. HOUEL. La consolidation de la fracture, si toutefois elle existe, ne saurait en rien témoigner contre les assertions émises dans mon travail. Il ne s'agit pas ici, en effet, d'une fracture simple ; on peut voir, sur la pièce qui nous est présentée, qu'elle s'accompagnait de nombreux désordres ; et c'est dans ces cas que je reconnais la possibilité d'une consolidation.

M. CHASSAIGNAC. J'ai voulu seulement montrer une consolidation sur une fracture fissuraire. Il est évident que la fracture du rocher n'est pas réunie.

Fongus bénin du testicule. — M. GOSSELIN avait soumis à l'examen de la Société un jeune enfant affecté d'un fongus bénin du testicule. Il avait tenté d'obtenir la guérison en ménageant le testicule, et en ne pratiquant que l'abrasion du fongus. Une récidive est survenue, et M. Guersant présente le testicule qu'il a enlevé.

M. JARJAVAY. La pièce que vient de présenter M. Guersant est intéressante à plus d'un titre : d'abord parce que la lésion dont il s'agit est rare ; et ensuite, parce qu'elle a atteint un enfant très-jeune.

Cette pièce nous montre un exemple de fongus bénin du testicule arrivé à sa dernière période.

Confondue en France avec le cancer, avant le travail que j'ai publié en 1849, dans les *Archives générales de médecine*, cette lésion était bien connue en Angleterre, depuis le mémoire qu'avait publié Lawrence en 1808. Ce célèbre chirurgien l'appelait *fongus testiculaire ;* A. Cooper la nomma plus tard *tumeur granuleuse du testicule ;* et Curling, dans la première édition de son *Traité pratique des maladies du testicule*, *hernia testis* ; dans sa seconde édition, ce dernier auteur accepte la dénomination de *fongus bénin*, que j'avais employée dans mon mémoire en 1849, dans le but de faire disparaître toute confusion entre le cancer et cette maladie non cancéreuse.

La pièce que nous présente M. Guersant est, ai-je dit, un fongus arrivé à sa dernière période. Le fongus est, en effet, une saillie du pa-

renchyme testiculaire imprégné de produits plastiques, hors de la tunique albuginée qui s'est rompue dans un point, et qui tend à se renverser de plus en plus en dehors. Voici une pièce qui ne laisse à personne aucun doute sur la nature de cette lésion. On remarque la solution de continuité du scrotum qui étrangle le fongus ; la rupture de la tunique albuginée qui se renverse en dehors sur elle-même ; la continuité de la tumeur avec le parenchyme du testicule, celui-ci étant considérablement réduit de volume par suite de l'issue de la pulpe séminale ; la face externe de la tunique albuginée lisse et libre de toute granulation. Personne, en un mot, à la vue de cette pièce pathologique, ne peut douter de la nature du fongus bénin, telle que l'a fait connaître Lawrence.

S'il ne reste plus de portion du testicule sur la pièce de M. Guersant, comme sur celle que j'ai l'honneur de présenter à la Société, c'est que, chez le petit malade de M. Guersant, le fongus avait été excisé ; c'est que la tunique albuginée s'est vidée complétement en se renversant en dehors, et qu'il ne reste plus, à la place du testicule, que des débris de cette tunique albuginée et des produits d'inflammation plastique. Les bourgeons charnus qui forment ce petit fongus reposent sur ce noyau. D'ailleurs, l'examen microscopique est nécessaire pour dire le dernier mot, et justifier ou détruire ce qui me paraît probable.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN signale la similitude parfaite, suivant lui, qui existe entre ces fongus et le produit de l'inflammation qui se développe sur les séreuses articulaires : et de plus il retrouve la même analogie avec les productions qui naissent sur la membrane qui tapisse l'intérieur de la matrice. Sur un utérus prétendu cancéreux enlevé par Récamier, il a pu reconnaître l'exactitude du fait qu'il signale.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 20 *avril* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Du fongus bénin du testicule. — Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. JARJAVAY communique une observation relative à un cas de fongus du testicule, recueillie par M. Langleb rt.

P..., coiffeur, âgé de trente ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament bilieux, est affecté depuis six ans d'une blennorrhagie

(goutte militaire). Il n'a jamais eu de chancres ni aucun autre symptôme de nature syphilitique.

Au mois de septembre 1856, P... a été pris d'une inflammation de l'épididyme du côté gauche, laquelle s'est étendue promptement au corps du testicule, de manière à produire une orchite blennorrhagique complète. Un confrère appelé à cette époque a prescrit des sangsues, des pommades résolutives, des cataplasmes, des bains, des purgatifs salins; en un mot, le traitement *classique* de cette affection.

Ce traitement a fait disparaître en dix ou quinze jours les symptômes aigus de la maladie; mais le testicule est resté volumineux, dur, pesant, et douloureux à la moindre pression.

Le 9 janvier 1857, après une journée de fatigue, le malade est pris tout à coup de douleurs vives et d'une fièvre assez forte, qui le forcent à se mettre au lit. Le 10, il me fait appeler.

Je trouve le testicule gauche doublé de volume à peu près, excessivement douloureux à la pression, la peau du scrotum d'un rouge vif. — 12 sangsues, moitié au périnée, moitié sur l'aine gauche; onguent napolitain belladoné; cataplasmes; bains; eau de Sedlitz; tisane d'orge et de chiendent; diète.

Du 10 au 15 janvier, pas de changement dans l'état du malade; les douleurs et la fièvre persistent.

Le 16, je remarque sur la face antérieure du scrotum une tumeur fluctuante, large comme une pièce de 2 francs. La peau qui la recouvre est d'un rouge sombre violacé. J'ouvre cette tumeur d'un coup de lancette, et il en sort environ une cuillerée à café de pus phlegmoneux, à la suite duquel est venue un peu de sérosité.

Le 18, je revois mon malade. « Docteur, me dit-il, je ne souffre plus, mais je suis fort inquiet; il me semble que mon testicule est sorti en partie par l'ouverture de l'abcès. » Il avait raison. La moitié de la pulpe séminale faisait hernie à travers la tunique albuginée déchirée et le scrotum détruit sur toute l'étendue précédemment occupée par l'abcès.

La tumeur ainsi formée était grosse comme la moitié d'une noix, d'un blanc jaunâtre, çà et là piquetée de rouge, molle, légèrement poisseuse et montrant à sa surface une foule de filaments excessivement fins, qui n'étaient autre chose que les canalicules spermatiques mis à nu. Vers la base de la tumeur, on voyait des lambeaux de la tunique albuginée, et un peu plus bas, les bords de l'ouverture scrotale d'un rouge vif, embrassant exactement, mais sans le comprimer, le testicule hernié.

Le lendemain et le jour suivant, je fis venir successivement MM. Gosselin et Jarjavay, que mon malade pouvait intéresser plus particulièrement, en raison de leurs travaux spéciaux sur ce point, encore peu étudié en France, de la pathologie du testicule.

Voici le traitement que j'employai, et dont je fus très-satisfait.

Application sur la tumeur de linges et de charpie imbibés de la solution suivante :

Eau distillée.	100 grammes.
Teinture d'iode.	de 6 à 10 gram.
Iodure de potassium.	1 gramme.

Compression modérée au moyen d'un volume in-8° relié placé sur les pièces du pansement.

A l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium par jour ; vin de quinquina.

Le malade n'ayant pas de fièvre, je lui permis de se nourrir à peu près selon son appétit.

En peu de jours la tumeur s'affaissa, en même temps que se rétrécissait très-rapidement l'ouverture du scrotum.

Le 28 janvier, j'enlevai avec le bistouri une petite portion du testicule qui faisait encore saillie. Cette portion, sur laquelle avait pesé immédiatement la compression, était aplatie et de plus noircie et mortifiée par le liquide iodé. Le malade ne perdit pas une goutte de sang.

Le 4 février, la cicatrisation était achevée, et l'ouverture scrotale complétement fermée. Les jours suivants, on sentait à travers le scrotum l'épididyme et une partie du testicule, représentant environ les deux tiers de l'organe supposé sain. Mais peu à peu cette partie s'est atrophiée, et il n'est plus resté dans le scrotum qu'un petit noyau oblong et aplati transversalement, formé par l'épididyme et quelques débris de la tunique albuginée.

J'ai depuis guéri ce malade de sa blennorrhée par ma méthode des injections caustiques (1 gramme d'azotate d'argent dans 20 grammes d'eau distillée), faites tous les huit jours dans la partie antérieure de l'urèthre, à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement, et combinées avec l'administration à l'intérieur du citrate de fer.

M. GOSSELIN regrette de ne pas avoir assisté à la dernière séance pour rectifier une erreur relative au traitement appliqué par lui au jeune enfant opéré par M. Guersant.

Je n'ai jamais excisé le fongus, dit M. Gosselin, pendant les trois mois que j'ai traité le petit malade. Si je n'ai pas fait part à la Société

des suites du traitement, c'est parce que le malade m'avait été enlevé pendant que je lui donnais des soins. Aujourd'hui l'occasion s'offre à moi de remplir cette lacune, et je m'empresse de la saisir.

J'ai commencé par recourir à la compression, que j'exerçai à l'aide de bandelettes de diachylon, par-dessus lesquelles je maintenais des tampons de charpie imprégnés de solution de sulfate de cuivre, suivant le procédé de Curling, qui cite des cas de guérison obtenue par ce mode de pansement. Je formulai en même temps un traitement général, car vous vous rappelez que la constitution de l'enfant paraissait entachée de syphilis. Cet ensemble de moyens n'amena aucune modification. Alors j'eus recours à l'opération de Syme. Je débridai en haut et en bas la peau du scrotum, et, par une dissection suffisante, je la détachai, et après en avoir avivé les bords je réunis, en fermant ainsi la tumeur au-dessous de la peau. La réunion fut maintenue à l'aide de six points de suture. Les sections en haut et en bas réussirent, mais il n'en fut pas de même dans le milieu et par l'ouverture qui se fit et qui peu après prit plus d'étendue. La tumeur fit hernie de nouveau.

Je tenais à vous exposer les phases diverses de ce traitement minutieux, qui, sur le même sujet, montre l'insuffisance et de la compression et du procédé autoplastique de Syme.

Fongus du testicule. — M. BROCA, à l'occasion de la discussion qui a suivi la présentation faite par M. Guersant dans la dernière séance, présente le moule en cire d'une pièce qu'il a eu l'occasion d'examiner il y a deux ans, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service du professeur Chaumet. M. Péry, aide de clinique du service, a bien voulu lui faire parvenir, avec la pièce artificielle, l'observation, qu'il a recueillie au lit du malade.

Voici d'abord un extrait de cette observation.

Fongus du testicule consécutif à une affection tuberculeuse de cet organe; cas traité par la méthode de l'écrasement linéaire; *guérison.* — Pierre M..., vingt-cinq ans, constitution faible et lymphatique; hémoptysie il y a huit ans; blennorrhagie simple il y a sept ans; n'a eu ni chancres ni accidents syphilitiques.

En 1852, sans cause connue, douleur dans le testicule gauche, bientôt suivie de gonflement et de rougeur. Entré à l'hôpital Saint-André, le malade fut soumis à un traitement antiphlogistique. Néanmoins un abcès se forma et ne tarda pas à s'ouvrir. Quelque temps après M... sortit de l'hôpital, mais il n'était pas guéri; son testicule gauche était toujours gros et douloureux.

Deux ans plus tard (1854) même douleur dans le même testicule ; la tuméfaction s'accroît, la peau redevient rouge. Le malade entre cette fois à l'hospice Saint-Jean (vénériens). Traitement antiphlogistique ; frictions mercurielles pendant plusieurs mois ; la douleur et la rougeur disparaissent, mais la tumeur ne diminue pas. Le malade, ayant quitté l'hôpital Saint-Jean, dut bientôt rentrer à l'hôpital Saint-André, où il lui survint un nouvel abcès. Un pus granuleux et mal lié s'échappait à l'ouverture, et celle-ci resta longtemps fistuleuse.

Vers le milieu de 1856, quoique la tumeur existât toujours, la fistule était refermée, et le malade put encore sortir de l'hôpital, mais il dut y rentrer au 1er décembre 1856 ; un nouvel abcès, plus gros que les précédents, s'était formé, et avait laissé plusieurs fistules. Le sujet était faible, pâle et amaigri ; il toussait fréquemment. Il y avait sous la clavicule gauche un peu de matité avec rudesse de la respiration. Le testicule gauche avait le volume d'un œuf de poule ; il était irrégulièrement bosselé, dur en certains points, ramolli et presque fluctuant par places. Il était surmonté de trois trajets fistuleux qui fournissaient du pus séreux en petite quantité. Du reste la tumeur était peu douloureuse, même à la pression.

Le 15 décembre 1856 on fit des incisions réunissant les trois points fistuleux. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité do pus séreux avec quelques grumeaux d'un blanc jaunâtre. Bientôt des productions fongueuses, que rien ne put réprimer, s'élevèrent du fond de la plaie, et en peu de temps elles constituèrent un gros champignon rouge, mollasse, saignant au plus léger contact ; autour du pédicule de ce champignon, qui avait le volume d'une grosse noix, la peau était amincie, d'un rouge violacé, et très-adhérente à la partie profonde du testicule. Pendant que ce fongus se produisait, le malade était soumis à un traitement tonique antiscrofuleux ; sa constitution s'améliorait, ses forces se rétablissaient, et le 2 avril 1857 M. Chaumet jugea que le moment était venu de pratiquer l'ablation du testicule.

Cette opération fut faite avec le plus grand succès par la méthode de l'écrasement linéaire. Il ne s'écoula pas une goutte de sang, il ne survint aucun accident, et la cicatrisation fut rapide.

Examen de la tumeur. — La tumeur, incisée dans le sens de sa longueur, depuis la surface du champignon jusqu'à l'épididyme, présente d'abord, de dehors en dedans, une couche corticale rouge, fongueuse, très-vasculaire, épaisse de trois ou quatre millimètres. Au-dessous de cette couche, on trouve une substance dense, d'un blanc grisâtre, très-peu vasculaire, semblable à certaines tumeurs fibro-plastiques. Plus loin

enfin, dans la partie la plus profonde de la tumeur, on aperçoit quelques rares débris de canaux séminifères. Ces particularités, à l'exception de la dernière, se constatent très-bien sur la pièce en cire que M. Broca met sous les yeux de la Société de chirurgie, et qui a été modelée par M. le docteur Tatin, de Bordeaux.

M. BROCA, après avoir fait cette présentation et avant de revenir sur un point d'anatomie pathologique qui se rattache plus spécialement à la discussion, rappelle que M. Deville a mis en doute, il y a quelques années, tout ce qu'on avait dit jusqu'alors sur la nature du fongus du testicule. Cette affection, décrite pour la première fois par Lawrence, passait pour très-commune en Angleterre ; on croyait que c'était une maladie *sui generis*, différente quant à sa nature de toutes les autres affections testiculaires ; une production accidentelle spéciale, née dans le parenchyme de la glande, près de la tunique albuginée, perforant d'abord cette tunique, puis toutes les autres enveloppes des bourses, et finalement produisant à l'extérieur un champignon mollasse, constitué par des végétations fongueuses et par un tissu particulier, dans lequel se retrouvaient les tubes séminifères. M. Jarjavay compléta la description en prouvant que ce tissu particulier était constitué principalement par des éléments fibro-plastiques, et à la suite de ses recherches, on se laissa aller à croire que le fongus du testicule n'était autre chose que la tumeur fibroplastique du testicule. Lorsque M. Deville arriva à Londres, à la suite des événements de décembre 1851, le fongus du testicule était considéré comme une affection fréquente ; il y en avait des spécimens dans tous les musées ; et ce désir d'étudier une maladie réputée fort rare en France porta M. Deville à examiner ces pièces. Mais en y regardant de près, il ne tarda pas à reconnaître qu'on avait commis une grave méprise. Tous les fongus qu'il put étudier avec soin étaient des testicules tuberculeux ayant fait hernie à l'extérieur à travers une perforation des téguments, et notre honorable confrère crut pouvoir en conclure que le fongus du testicule n'était pas une affection spéciale, que c'était simplement une phase accidentelle de l'évolution des tubercules du testicule.

Le travail de M. Deville parut en 1852 dans le *Moniteur des hôpitaux*, et M. Broca s'étonne du peu d'attention qu'on y a prêtée. Dans les publications spéciales qui ont été faites depuis lors sur les maladies du testicule, on a conservé la description classique du fongus, sans discuter la négation de M. Deville. Il y a sans doute quelque chose d'exagéré dans l'assertion de cet auteur ; la pièce de M. Jarjavay, la pièce toute récente de M. Guersant, montrent en effet que le fongus

peut se produire sur des testicules non tuberculeux, par suite de la destruction partielle de la tunique albuginée et de la hernie partielle de la substance testiculaire. M. Jarjavay a même une fois produit artificiellement un fongus en excisant une partie de la tunique albuginée d'un chien. Il n'en est pas moins vrai que dans la très-grande majorité des cas on décrit comme fongus du testicule des testicules tuberculeux, couverts de bourgeons charnus et ayant fait hernie à travers les téguments perforés.

M. Broca, après avoir lu le travail de M. Deville, a vu dans les hôpitaux deux prétendus fongus, qui étaient évidemment des tumeurs tuberculeuses; car dans les deux cas le second testicule était le siége de tubercules moins avancés et parfaitement reconnaissables. Dans un troisième cas, chez un malade de l'hôpital Necker, un tubercule testiculaire bien caractérisé se ramollit, s'ouvrit, et quelques jours après un petit fongus commença à faire saillie à l'extérieur. M. Broca n'avait étudié ces trois faits que sur le vivant, il n'avait pas eu l'occasion de disséquer la tumeur, mais tout ce qu'il avait vu s'accordait parfaitement avec la description de M. Deville, et il se sentait disposé à accepter entièrement l'opinion de son confrère.

Les choses en étaient là, lorsqu'en passant à Bordeaux, au mois d'avril 1857, il alla à l'hôpital Saint-André, où on lui montra la pièce dont le modèle en cire est mis aujourd'hui sous les yeux de la Société. La tumeur avait été enlevée la veille par le professeur Chaumet, et sur la première coupe qui avait été pratiquée on ne découvrait aucune trace de maladie tuberculeuse. C'était bien l'apparence du fongus du testicule, tel que le font connaître les descriptions classiques. Un léger étranglement circulaire marquait le point où le fongus avait perforé la tunique albuginée, et la tumeur, par sa partie profonde, se continuait manifestement avec les débris de la substance propre du testicule, bien reconnaissables encore, malgré leur altération. Ce cas, avant les travaux de M. Deville, eût passé certainement pour un exemple de fongus idiopathique. Mais M. Broca demanda à M. Chaumet la permission de faire de nouvelles incisions sur la tumeur, et découvrit ainsi, à quelque distance de la première coupe, une collection de matière jaunâtre, concrète, dont la nature tuberculeuse put, séance tenante, être constatée au microscope. Le fongus n'était donc pas idiopathique; il s'était produit à la suite d'une affection tuberculeuse, et les antécédents du malade s'accordaient parfaitement avec ce diagnostic.

M. Broca pense donc, sans être toutefois aussi exclusif que M. De-

ville, que le fongus du testicule est presque constamment le résultat d'une tuberculisation. Le fongus parenchymateux, continu avec la substance du testicule, existe bien certainement, mais il paraît fort rare, et le plus souvent on donne ce nom à des hernies en masse du testicule, avec végétation de la face externe de la tunique albuginée. Quant aux vrais fongus parenchymateux, M. Broca pense qu'ils sont presque toujours consécutifs aux tubercules. Il n'ose pas dire toujours, puisqu'il n'y a aucune trace de cette production accidentelle sur les deux pièces de MM. Jarjavay et Guersant. Toutefois il peut se faire qu'un tubercule unique, après s'être entièrement vidé à l'extérieur, devienne le point de départ d'un fongus, c'est-à-dire d'une végétation fibro-plastique implantée sur la substance testiculaire, à travers la tunique albuginée que le tubercule a perforée en s'ouvrant; alors en examinant la pièce après la castration, il peut se faire qu'il n'y ait de tubercules en aucun point de son étendue, et qu'on prenne ainsi pour une tumeur idiopathique une tumeur consécutive pourtant à l'évolution d'un tubercule. Cette interprétation est hypothétique sans doute; toutefois, pour que le fongus testiculaire se produise, il faut que préalablement l'albuginée soit perforée, et il est difficile d'admettre que cette perforation soit produite par la substance même du fongus, car cette substance n'a rien de spécial dans sa structure; ce n'est pas une production accidentelle d'une nature particulière; elle s'est trouvée là même dans le fongus traumatique obtenu chez le chien par M. Jarjavay, après l'excision partielle de l'albuginée; dans le fongus d'origine tuberculeuse, excisé par M. Chaumet, et dans les fongus plus ou moins idiopathiques enlevés par MM. Guersant et Jarjavay.

En résumé, M. Broca pense que le fongus parenchymateux du testicule est fort rare, et qu'il est presque constamment le résultat d'une affection tuberculeuse.

M. JARJAVAY. Je ferai remarquer que la production du fongus bénin dû à des tubercules a été depuis longtemps signalée en Angleterre, et que je l'ai mentionnée aussi dans mon travail en 1849.

Quant au silence dont parle M. Broca sur le mémoire de M. Deville, je ferai remarquer deux faits à M. Broca :

Le premier, c'est que M. Deville, qui, dans une lettre que voici, datée du 6 juillet 1849, m'avait fait connaître sa manière de voir sur un cas de fongus, ne m'avait écrit qu'après la lecture et par conséquent la publicatiou de mon mémoire, qui a paru dans le numéro de juin des *Archives* de la même année. Il ne m'était donc pas possible d'en faire mention.

Le second, c'est qu'il n'est pas question, dans les pièces qui ont été présentées à la Société, de fongosités développées à la surface du testicule hernié, mais bien de l'issue de la pulpe séminale au travers d'une rupture de la tunique albuginée. Or, M. Deville n'admet dans son travail que la première de ces deux lésions. Si notre confrère avait entre les mains la pièce que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans la séance dernière, il reconnaîtrait, comme tous les membres de la Société, que nous avons là affaire à un fongus parenchymateux. La loyauté bien connue de M. Deville ne me permet pas d'en douter.

Que si l'existence des fongus parenchymateux est bien démontrée, particulièrement par la pièce anatomique que je possède, cela ne veut pas dire que des bourgeons charnus ne puissent se développer quelquefois sur la surface de la tunique albuginée mise à nu ! Personne n'a nié cette variété de fongus ; elle est décrite sous le nom de *fongus superficiel.*

M. GOSSELIN trouve exagérée l'opinion de M. Deville, opinion que semble aujourd'hui partager, en partie du moins, M. Broca. L'affection tuberculeuse peut sans doute, dit M. Gosselin, jouer le rôle étiologique dans certains fongus, mais pas aussi souvent que veulent bien l'admettre nos collègues.

J'ai prétendu que le fongus pouvait bien, dans certains cas, avoir une origine syphilitique, et je reconnais les difficultés encore insolubles pour moi qui se présentent lorsqu'on se trouve en face de certaines productions, dont il ne me paraît pas possible de reconnaître la nature d'une manière positive. S'agit-il de tubercules, ou de ces espèces d'apoplexies plastiques qui se produisent sous l'influence de la syphilis, il est certain qu'à l'œil nu le diagnostic différentiel ne peut se faire. Le microscope est-il en état de nous donner une description exacte de la production syphilitique? Là est la question. M. Robin a bien voulu examiner une pièce sur laquelle à l'œil nu on aurait sans doute diagnostiqué l'affection tuberculeuse ; cet habile micrographe n'a pu rien préciser : il a bien vu, dit-il, quelques éléments tuberculeux, mais il y avait aussi d'autres éléments dont il ne pouvait déterminer la nature. Ainsi, voilà où nous en sommes ; à l'œil nu, le diagnostic différentiel est impossible ; avec le microscope, on est forcé de confesser la même impuissance Je demanderai à M. Broca son avis sur cette matière.

M. BROCA. Dans l'observation que j'ai rapportée, la lésion est assez claire pour ne laisser aucun doute. Quant au fait de M. Gosselin, il présente en effet des difficultés très-grandes ; et certes, après M. Robin, on aura peu de chances d'arriver à la solution désirée; cependant

je serai heureux, si l'occasion se présente, d'étudier ces tumeurs si obscures dont parle M. Gosselin. Heureusement, du reste, que ces cas difficiles sont rares, et le plus souvent, en outre des caractères propres de la lésion, on a pour se guider l'appréciation de l'état constitutionnel. M. Gosselin peut-il nous donner quelques détails sur les antécédents de son malade ?

M. GOSSELIN. Mon malade avait des exostoses et des ulcérations du larynx et de la trachée, considérées comme de nature syphilitique.

M. CULLERIER. Il est mort dans mon service, il y a deux ans, un individu présentant tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle : exostoses, ulcérations du larynx, etc. ; il avait en outre un double sarcocèle, que je considérais comme de nature syphilitique.

A l'autopsie, je reconnus qu'il existait des tubercules dans les deux testicules. Je crois donc que les syphilitiques peuvent en outre présenter des tubercules dans les testicules.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1858-1859 ; 2me série, tome II.

Mémoire des concours et des savants étrangers, passés par l'Académie de Belgique ; fascicules 2 à 3 du tome III.

Duplan (Dominique). *Rapport du conseil départemental d'hygiène et de salubrité des Hautes-Pyrénées sur la pellagre* ; Tarbes, 1858, in-8°.

Chairou (Emile). *De l'anesthésie provoquée* (thèse inaugurale) ; Paris, 1857, in-4°.

Deschamps (Alphonse). *De l'alimentation de la première enfance et du rachitisme* (thèse inaug.) ; Paris, 1859, in-4°.

Ces deux thèses sont présentées à la Société par M. Marjolin.

— M. GIRALDÈS, à propos de la correspondance, fait hommage à la Société, de la part de M. Thomas Alexandre C. B., directeur général du département médical de l'armée anglaise, de deux volumes in-folio intitulés : *Medical and surgical history of the british army which served in Turkey and the Crimea in the years* 1854, 1855, 1856. — London, 1858.

Cette importante publication, où sont consignés tous les documents officiels, a été présentée à la Chambre des lords par le département médical de l'armée anglaise.

Dans le premier volume, on trouve une carte de la mer Noire, des détails précis sur le nombre d'hommes envoyés en Crimée, etc.

Le second volume comprend des études sur la climatérie, sur la topographie de la Crimée; l'indication des maladies régnantes avec leur description.

Une série d'observations sur les blessures par armes de guerre, et une statistique générale.

On y lit avec intérêt un chapitre sur l'emploi du chloroforme. L'auteur signale un seul cas de mort. Il s'agit d'un soldat qui devait subir l'amputation d'un doigt; la mort eut lieu avant l'opération. On analysa avec soin le chloroforme, et on reconnut qu'il était altéré. (Remercîments à l'auteur.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation d'un malade affecté de cryptorchidie sous-inguinale droite avec hydrocèle congéniale.

Cryptorchidie sus-inguinale droite avec hydrocèle congéniale. — Le 5 avril 1859 est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, nº 19, le nommé Henri P..., âgé de seize ans, sculpteur sur bois.

Tempérament lymphatique. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents pathologiques. Complexion médiocre, force moyenne. Poils du pubis très-développés.

Le malade a toujours su qu'il n'avait qu'un testicule dans les bourses, mais qui n'avait pas, dit-il, de côté déterminé. Il y a trois mois, sans cause connue, sans efforts, sans secousses de toux, une grosseur du volume d'une noix, indolente, sans changement de couleur à la peau et se réduisant spontanément par le décubitus horizontal, s'est prononcée au-dessous de l'anneau externe du canal inguinal droit, qu'elle ne débordait que de son volume. Pas de douleurs de voisinage; aucune espèce de gêne, aucun symptôme, en un mot, de la présence de cette tumeur. Quelques rêves érotiques la nuit. Des attouchements auxquels il s'est livré depuis un an ont été suivis d'éjaculation.

Il est naturel que le malade n'ait pas su quel testicule il avait dans les bourses, car le raphé du scrotum tombe juste sur le milieu du testicule. Le scrotum, d'ailleurs normal, représente dans le décubitus dorsal une pyramide tronquée à base supérieure.

En palpant le scrotum, on constate que le testicule qui s'y trouve seul est normalement constitué, quant à la glande elle-même et quant à son épididyme. Rien dans l'anneau inguinal droit, où le doigt s'in-

troduit aisément. Le doigt ne constate rien dans toute la longueur du canal inguinal, mais il trouve au niveau de son orifice supérieur et un peu au-dessus une grosseur sur laquelle il glisse, qui a la forme, la consistance et la sensibilité spéciale du testicule; mais on n'y distingue pas d'épididyme.

En pressant sur l'extrémité supérieure du testicule, on peut l'engager dans le canal et même lui faire franchir l'anneau externe.

Dès que le malade prend l'attitude verticale, en moins de cinq minutes une tumeur se prononce lentement et progressivement au-dessous de l'anneau inguinal externe. C'est d'abord comme une espèce d'intestin vide, affaissé et comme chiffonné; un peu plus tard, la cavité se remplit, acquiert une certaine tension, devient fluctuante. Elle se réduit à la moindre pression, mais d'une façon toute particulière : ce n'est pas le liquide seul qui rentre dans l'abdomen, la poche qui le contient y rentre avec lui, et cette réduction se fait même spontanément par le simple décubitus dorsal. On ne retrouve alors ni dans l'anneau ni au-dessus le liquide, ni la poche.

Ajoutons que les secousses de toux augmentent la tension et le volume de la tumeur, mais sans y produire de gargouillements pas plus que sa sortie et sa rentrée.

L'absence de gargouillements, d'élasticité de la tumeur, sa fluctuation franche, sa production *progressive* dans la station verticale, m'avaient fait annoncer une hydrocèle congéniale, diagnostic que la transparence de la tumeur est venue confirmer.

Il s'agit donc d'une cryptorchidie simple sus-inguinale, accompagnée plutôt que compliquée d'une hydrocèle congéniale.

Deux points sont particulièrement remarquables dans cette hydrocèle :

1° La formation de la poche au-dessous du testicule à la distance assez considérable de quatre travers de doigt, formation qui ne peut s'expliquer que par la pression exercée par la sérosité sur le cul-de-sac péritonéal ;

2° La réduction de la poche elle-même, c'est-à-dire de la tunique vaginale, qui rentre à la manière d'une hernie et ressort de même. Le malade dit, en effet, avoir remarqué que dans les efforts de garde-robes quelque chose semblait partir du voisinage de la tumeur pour rentrer dans le ventre. C'est qu'en effet dans l'attitude verticale, en même temps que l'hydrocèle se manifeste, le testicule s'engage complétement dans le canal inguinal de manière à devenir contigu à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de l'anneau externe, et la

pression le fait aisément remonter et descendre, en lui imprimant un mouvement de navette dans toute la longueur du canal inguinal, ce qui confirme son siége, dans le décubitus dorsal, à l'entrée même du canal.

Puisque le testicule s'engage si facilement dans le canal inguinal, et peut même en sortir par une pression douce, on pourra sans inconvénient appliquer au malade un bandage herniaire dont la pelote en demi-lune pressera le canal au-dessus du testicule, et empêchera à la fois celui-ci de remonter dans l'abdomen et l'intestin de s'engager dans le canal inguinal.

Quant à l'hydrocèle, elle favorise plutôt qu'elle n'entrave la descente du testicule; il est d'ailleurs évident qu'on ne saurait songer à l'opérer, car, outre le danger d'une péritonite, l'oblitération de la tunique vaginale qui résulterait de l'opération offrirait un obstacle insurmontable à la migration du testicule.

M. FOLLIN ne croit pas que ces cas soient rares. J'en ai trouvé, dit-il, plusieurs exemples, et j'ai donné au musée Dupuytren un certain nombre de pièces anatomo-pathologiques relatives à cette affection. On trouve au-dessous du testicule une poche de liquide. Souvent l'épididyme, descendant en avant du testicule, entraîne une portion de la tunique vaginale et se déroule dans cette poche qui peut se remplir de liquide, réductible soit par la pression, soit par le simple décubitus.

M. MOREL. Je considère toujours cette tumeur comme rare; M. Godard n'en cite aucun exemple. Je ne crois pas que l'épididyme se trouve dans la poche.

M. RICHARD pense qu'il n'est pas possible de reconnaître si l'épididyme est dans la tumeur, en raison de la présence du liquide qui gêne l'exploration. Il faut donc s'en rapporter, pour la possibilité de la présence de cet organe, aux recherches anatomiques qui ont été faites. Du reste, le fait de M. Morel ne lui paraît pas rare.

M. MOREL ne nie pas la présence de l'épididyme dans un certain nombre d'observations; mais quant au fait particulier qu'il soumet à l'examen de la Société, il ne croit pas à la présence de cet organe dans la poche, qui est d'une parfaite transparence. Du reste, le liquide, en se réduisant, permet de bien établir le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC trouve l'observation de M. Morel très-intéressante, car, suivant lui, les hydrocèles congéniales se présentant dans ces conditions ne conservent que bien rarement une communication avec le ventre qui permette de réduire le liquide.

Après quelques observations de **MM. RICHARD, GIRALDÈS** et **MOREL**, la discussion est close.

Cancer récidivé. — M. FORGET présente, au nom de M. Michon, un malade opéré il y a huit mois d'une tumeur siégeant sur le front ; il y a aujourd'hui récidive , et, de plus, une nouvelle tumeur apparaît à la mâchoire inférieure, faisant saillie au niveau d'une alvéole.

La tumeur était de nature cancéreuse.

Bec-de-lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et de division du voile du palais. — Opération pratiquée avec succès. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société un enfant déjà soumis à son examen il y a cinq semaines. Il était atteint de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. Il était âgé de sept semaines lorsqu'il a été opéré. Le succès de l'opération est complet. L'enfant est en bon état. Un autre enfant a été opéré dans les mêmes conditions , il est aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Chassaignac a eu le soin, pour rendre le rapprochement des lèvres de la plaie plus facile , de détacher largement les lèvres de la mâchoire supérieure.

M. VERNEUIL rappelle que dans une discussion précédente il a distingué les complications du bec-de-lièvre sans saillie de l'os intermaxillaire des autres complications. Ces dernières ne contre-indiquent pas l'opération. Le succès est bien moins probable lorsque le tubercule saillant doit être excisé ou refoulé.

M. Verneuil craint les dissections trop étendues ; elles peuvent déterminer des hémorrhagies graves.

M. RICHARD demande si le procédé de Phillips pour relever et maintenir les narines a été mis en usage par quelques-uns de ses collègues ; pour son compte, il ne l'a jamais vu réussir.

M. CHASSAIGNAC n'a pas eu chez son malade à s'occuper d'un procédé pour remettre la narine en bonne position , elle s'est replacée sous la seule influence de la suture labiale.

M. DEPAUL est heureux d'avoir pu voir le résultat obtenu par M. Chassaignac. Ce fait vient confirmer les opinions qu'il a émises sur l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre, même compliqué de division palatine, chez les très-jeunes enfants.

Quant à l'opinion de M. Verneuil sur l'inopportunité d'opérer lorsqu'il y a saillie du tubercule intermaxillaire, il ne la partage pas ; il a opéré dans ces conditions en excisant le tubercule, et il a réussi.

M. Depaul insiste également sur l'utilité du décollement ; il n'a jamais vu que cette manœuvre ait été suivie d'accidents.

LECTURE.

M. FAURE donne lecture d'un travail intitulé *Expériences sur les effets du chloroforme.* (Renvoi à une commission composée de MM. Robert, Marjolin et Richet.)

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 27 avril 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MOREL-LAVALLÉE communique le résultat de l'examen qu'il a fait de nouveau du malade affecté d'hydrocèle congéniale, dont il a parlé dans la dernière séance.

Après la réduction du liquide, et en étalant la poche, on ne peut y trouver la moindre trace d'aucun cordon qui puisse ressembler à l'épididyme. Il n'est donc pas permis de croire que cet organe ait été entraîné dans l'hydrocèle.

RAPPORT.

M. LABORIE donne lecture du rapport suivant sur un travail de M. Andrieux, professeur à l'école de médecine d'Amiens, intitulé *Opération césarienne*. (Commissaires, MM. Danyau, Cazeaux ; Laborie, rapporteur.)

M. Andrieux a fait hommage à la Société d'un travail entrepris à propos d'un fait d'opération césarienne. Des réflexions accompagnent cette observation, et en raison de la gravité du sujet, en raison surtout des opinions si diverses émises sur l'opportunité de cette grave opération, nous nous sommes attaché à donner à notre rapport toute l'étendue compatible avec la multiplicité de vos travaux.

Une rapide analyse du travail de M. Andrieux vous mettra à même d'apprécier l'importance de cette communication, ainsi que la valeur des opinions de l'auteur.

L'introduction est consacrée à une excursion dans la partie historique du sujet. Après avoir signalé l'insuffisance des preuves données à l'appui de l'antiquité du procédé, il établit que ce ne fut vraiment

qu'au commencement du seizième siècle que l'opération fut bien authentiquement pratiquée, et doit-on le dire? ce ne fut pas un médecin qui osa entreprendre cette hasardeuse opération. Un homme sans autres notions anatomiques que celles puisées dans sa profession de châtreur de porcs, tourmenté de voir se poursuivre pendant plusieurs jours sans résultat le travail de l'enfantement chez sa jeune femme primipare, après avoir sans succès sollicité les secours des matrones inhabiles, proposa, de guerre lasse, à la patiente de se laisser faire une opération qui pourrait bien, *avec la grâce de Dieu*, avoir quelque chance de succès. Cette proposition acceptée, le chirurgien improvisé se mit en règle auprès des autorités du pays, et ainsi muni d'un diplôme temporaire, il fendit le ventre de sa femme, pénétra dans la matrice, put extraire l'enfant, recousut la plaie, et la femme se rétablit si bien que quelques années après elle accoucha ***naturellement***, notez bien ce fait, de deux enfants bien vivants, car soixante-dix années après l'un de ces deux jumeaux était encore juge à Siergerhensen.

En 1581 Rousset publiait son *Hystérotomotokie* ou *Traité de l'enfantement césarien, qui est extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher*, et l'auteur, qui a pu rassembler les faits les plus extraordinaires, tels que l'histoire de la femme Godon, qui fut opérée sept fois, ne peut donner aucun fait à lui personnel, ou tout au moins dont il ait été témoin. Et toutes ces observations ont en résumé si peu d'authenticité que Mauriceau, après avoir violemment stigmatisé cette opération en 1675, en regarde la réussite comme impossible, quoi qu'en disent plusieurs imposteurs. Mais nous devons dire que, composant avec sa conscience, qui se refusait à admettre en thèse générale et pour le commun des femmes la légitimité de l'opération, il faisait une exception pour les grands de la terre.

Ainsi une reine, dont la parturition heureuse donnait la sécurité à un royaume héréditaire, devait être sacrifiée au salut public. C'était le contre-pied d'un mot devenu célèbre, car il émanait du plus grand législateur des temps modernes.

Cette exception posée, il n'admettait l'opération qu'après décès de la mère.

Delamotte, en 1721, cite aussi des observations de succès; mais pas plus heureux que Rousset, il ne parle que sur ouï-dire. Quant à lui, il n'a rien vu. Il admet toutefois l'opération et trace des indications. Il faut cependant reconnaître, au milieu de tous ces faits mal rapportés, mal observés, que l'opération a réussi dans quelques cas. Les défen-

seurs de l'opération apparaissent, offrant ceci de bien remarquable que pour la plupart ils n'ont vu aucun cas de succès. Tels sont Levret et Baudelocque.

Le dix-neuvième siècle est plus heureux dans l'énumération des faits de succès. Ils ont dès lors une incontestable authenticité, et, comme le dit M. Velpeau dans son savant Traité d'accouchement, on ne peut plus se refuser *de croire à la possibilité de sauver ainsi quelques femmes* (1835).

Revenons au travail de M. Andrieux ; nous nous réservons de faire quelques observations sur les faits publiés.

La femme opérée par M. Andrieux, la nommée R..., stature moyenne, constitution lymphatique, se marie à 28 ans. Un an après elle accouche à terme d'un enfant mort. Le travail avait été peu énergique pendant 48 heures, puis très-actif pendant 30 heures, et on dut recourir à l'emploi du forceps.

Un an après nouvel accouchement. Tout paraissait se bien passer d'abord, mais après la rupture de la poche des eaux, malgré la dilatation du col, le travail ne fit aucun progrès. On se décida à faire la version. On amena un enfant mort. Pendant l'opération, on reconnut l'existence d'une tumeur osseuse à l'angle sacro-vertébral.

L'année suivante troisième grossesse, présentation du bras, version. L'enfant extrait est encore mort.

Quatrième grossesse l'année suivante. La tête se présentait; après un travail infructueux, M. Andrieux, appelé, se décide à appliquer le forceps. La tête était en partie engagée au détroit supérieur. Malgré les tractions les plus énergiques, on ne peut la faire avancer dans le bassin. La mort de l'enfant paraissant certaine, on perfora le crâne et on fit la version. On réussit par ce procédé à extraire le fœtus. Des accidents survinrent : *fièvre puerpérale*, abcès des parois du ventre, perte considérable. Deux mois après la santé était rétablie. Malgré les avertissements de M. Andrieux, cinquième grossesse un an après.

Le 28 mars 1849 le travail était commencé; la poche des eaux faisait saillie; les douleurs se succédaient régulièrement. M. Marsille assistait la malade; il fit demander M. Andrieux, et on reconnut par le toucher la tumeur osseuse de l'angle sacro-vertébral, assez saillante pour réduire le diamètre sacro-pubien à 6 centimètres. Telle est du moins la mesure approximative indiquée dans le mémoire dont nous rendons compte. La tumeur, grosse comme le pouce à sa base, mousse au sommet, mesurait 4 centimètres de longueur.

Si ces mesures sont exactes, le bassin n'avait pas, abstraction faite

de la tumeur, ses dimensions absolument normales, car le diamètre sacro-pubien présente en général 11 centimètres.

L'enfant était vivant; dès lors M. Andrieux se décida à pratiquer l'opération césarienne.

Nous n'avons rien à dire de l'opération : elle se fit suivant les principes de l'art. On put extraire et l'enfant et l'œuf. La plaie abdominale fut réunie par six points de suture enchevillée.

Un traitement préventif par le mercure et l'opium fut appliqué. Aucun accident ne survint, et six semaines après la malade était guérie. L'enfant a été conservé.

Voici l'observation. Elle est sans doute fort intéressante, et nous devons remercier notre confrère de nous l'avoir communiquée.

La science, Messieurs, ne peut malheureusement pas se plier aux faiblesses sentimentales de notre humanité; tout en donnant à M. Andrieux les éloges que l'on doit au succès, nous devons cependant protester contre les principes qu'il émet en s'appuyant sur le résultat obtenu.

Ainsi, repoussant l'opinion aujourd'hui presque généralement admise, qui tend avant toute chose à sauvegarder le salut de la mère, il dit : « Et depuis quand, en effet, alors que la société tout entière se demande si elle peut disposer de la vie d'un de ses membres, le médecin a-t-il le droit de préférer la mère à l'enfant, d'assurer la vie de l'un aux dépens de l'autre, et de dire au nouvel être : Tu n'iras pas plus loin? Qui peut se flatter de ne pas s'être trompé dans ses évaluations et dans ses calculs? Le médecin qui prélude à la conservation de la mère par le meurtre possible de l'enfant, connaît-il les mystères de la famille? A-t-il deviné les destinées du nouvel être? »

J'ai tenu, Messieurs, à reproduire textuellement la péroraison de notre confrère. Ce n'est pas ainsi que doit procéder le savant convaincu, lorsqu'il veut faire prévaloir son opinion. M. Andrieux avait mieux à faire s'il voulait entrer dans une si délicate discussion. Permettez-moi de vous dire comment nous aurions désiré que le travail de M. Andrieux eût été conçu.

L'observation communiquée par notre confrère ne pouvait seule avoir aucune valeur; il ne s'agit en effet que d'un fait, et ce fait ainsi présenté, isolé, n'apporte avec lui aucun enseignement spécial, pas plus comme opération que comme signification. M. Andrieux a réussi, c'est fort heureux sans doute, et ainsi que je l'ai déjà dit, nous l'en félicitons; mais ce succès unique ne saurait peser sur le jugement à porter dans un aussi grave sujet.

Nous aurions souhaité lire dans ce travail, au lieu de considérations puisées dans l'ordre purement moral, une appréciation générale sur la gastro-hystérotomie, et il est probable que M. Andrieux aurait été bien ébranlé, s'il n'a entre les mains d'autres documents que ceux très-insuffisants qui sont du domaine commun de la science.

Les statistiques publiées sont tellement incomplètes, tellement insuffisantes, qu'elles ne peuvent malheureusement en rien nous éclairer. M. Andrieux aurait fait un travail d'une grande valeur s'il avait essayé de classer et d'analyser autant que possible ces faits, en y joignant ceux inédits qu'il possède peut-être. Il aurait rendu un véritable service à l'art obstétrical en s'efforçant de classer par régions les faits de succès; car tous nous savons déjà que, dans certaines localités, l'opération paraît réussir assez ordinairement, tandis qu'elle reste constamment mortelle dans d'autres régions, où cependant se trouvent de très-habiles chirurgiens.

Les causes qui ont déterminé les opérateurs à pratiquer l'opération césarienne pouvaient offrir un sujet d'étude non moins intéressant, et M. Andrieux aurait reconnu facilement combien cette question des indications présente de difficultés.

Si nous ne posons que les cas les plus extrêmes, là sans doute l'opérateur peut n'éprouver aucun embarras; mais il n'en est pas toujours ainsi, et pour se décider dans le plus grand nombre des cas à recourir à un moyen aussi extrême, on se demande si toujours les connaissances les plus étendues sont suffisantes. Il y a peu d'accoucheurs qui n'aient rencontré dans la pratique les faits les plus inattendus; et telle femme vouée à une opération a pu naturellement accoucher, déjouant ainsi les prévisions de l'accoucheur.

Permettez-moi, Messieurs, de vous citer deux faits. Dans le premier, en lisant le nom des acteurs de ce drame avorté, vous pourrez comprendre l'indécision des médecins encore peu expérimentés, et excuser leurs erreurs. Nous les empruntons à un recueil anglais. (*Dublin medical Press*, 1851.)

M. Lee, dans un discours prononcé à la Société médico-chirurgicale contre l'opération césarienne, disait :

« Cette rage pour les opérations cruelles et sanglantes se répand au loin et au large, et l'on fait aujourd'hui, sur tous les points de ce pays, des efforts pour pervertir et corrompre les saines et fondamentales doctrines de l'obstétrique anglaise. Comme professeur, comme homme occupant une position publique, ma conscience ne me permet pas de demeurer témoin silencieux de pareilles abominations. Ce sera là mon

excuse pour l'importunité dont je me rends coupable en prenant si souvent la parole sur le même sujet. Je terminerai en racontant un fait où le dénoûment tragique fut heureusement prévenu.

» A Cupar, en 1847, une femme échappe de la manière la plus providentielle et presque miraculeuse aux horreurs de l'opération césarienne.

» Le docteur Simpson déclare ce fait unique dans les annales tocologiques, et peu de personnes différeront de lui sur ce point.

» La patiente, âgée de trente-quatre ans, était une pauvre femme atteinte d'une grande distorsion du bassin par suite de ramollissement des os. Elle fut menstruée pour la dernière fois en juin 1846 ; on n'indique pas positivement la date du début de la grossese, mais elle fut vue en mars 1847 par le docteur Simpson avec trois autres praticiens. Après examen, il fut décidé que la grossesse était déjà assez avancée pour exclure, à un tel degré de difformité, l'idée de provoquer l'accouchement prématuré, et que l'opération césarienne devait être pratiquée.

» Le 28 avril, le travail commença, et l'on prévint par un messager le docteur Simpson, à Edimbourg, à trente milles de Cupar, de venir accomplir son exploit. Il se mit en route, accompagné de plusieurs confrères et amis, tous sans doute armés de scalpels, aiguilles, éponges, bandes, éther, etc. Ainsi pourvus, ils marchaient vers Cupar. Maintenant, vous croyez peut-être que l'opération fut faite et suivie du résultat ordinaire, c'est-à-dire la mort de la mère ? Vraiment non ; aucune opération n'était nécessaire, et la pauvre créature est encore en vie. *En arrivant*, dit le docteur Simpson, ***nous fûmes surpris d'apprendre que la malade avait accouché, et notre étonnement redoubla encore quand nous sûmes qu'elle s'était délivrée sans le secours d'aucun instrument.*** » (*Gazette médicale*, 1852, p. 188.)

Vous le voyez, Messieurs, diminuez la distance de quelques milles, et la victime de cette déplorable erreur ne pouvait se soustraire à son malheureux sort.

En regard de ce fait si heureusement accompli, permettez-moi de vous en citer un autre bien autrement grave. Je l'emprunte à un excellent rapport de notre collègue M. Depaul.

Dans la séance du 22 mars 1855, rendant compte à l'Académie d'un travail de M. Maslieurat-Lagémar, intitulé : *Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse*, il cite le fait suivant :

M. Maslieurat, en décembre 1846, amené par hasard à 24 kilomètres de sa résidence, fut invité par trois de ses confrères à visiter une femme qui était en travail depuis deux jours. Ces messieurs s'apprê-

taient à pratiquer sur cette malheureuse patiente l'opération césarienne.

Il constata que cette femme, de petite taille, avait les jambes fortement contournées, et une très-légère déviation de la colonne vertébrale. Cinq fois déjà il y avait eu grossesse terminée par un accouchement spontané. Il reconnut que le bassin était plutôt large qu'étroit, et rien ne permettait de penser que la tête, encore retenue au détroit supérieur, ne franchirait pas spontanément la cavité pelvienne.

M. Maslieurat, étonné du parti pris, fit tous ses efforts pour qu'au moins préalablement on voulût bien tenter une application de forceps. Mais cette opinion fut rejetée bien loin, car, pour ces messieurs, cette tête, sentie au détroit supérieur, n'était pas au fœtus, c'était une tumeur adhérente au bassin.

Seul contre tous, il vit repousser son sage avis ; rien ne put ébranler l'opinion de ses trois confrères. Dès lors, repoussant toute solidarité dans un pareil acte, il voulut se retirer. C'était la seule conduite à tenir ; heureusement pour la malade il ne persista pas, et sur de vives instances il se décida à rester, dans la pensée de prévenir de nouveaux malheurs.

C'est vraiment avec un sentiment des plus pénibles que nous achevons le récit de cette énormité.

Aucun des trois confrères n'avait même vu pratiquer cette opération ; le médecin ordinaire se chargea de l'exécuter, mais à peine avait-il incisé la paroi abdominale qu'il sentit son courage faiblir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat dut prendre le bistouri et achever une opération que jamais il n'eût voulu entreprendre. Elle fut menée à bonne fin, et par un bonheur tout providentiel l'opérée guérit. L'enfant extrait était mort, et l'examen du bassin permit de reconnaître que la prétendue tumeur appartenait bien au fœtus.

Cette observation n'a pas besoin d'être commentée ; rapprochons-la de la précédente, et nous pouvons sans hésiter admettre que dans bon nombre de faits d'opération césarienne, les indications n'étaient pas plus précises.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les statistiques publiées, nous pouvons encore les considérer comme tout à fait insuffisantes. L'élément insuccès a dû être le plus souvent mis de côté, et pour les faits d'insuccès publiés, combien doit-il y en avoir de passés sous silence !

Il faudrait; pour avoir une opinion vraiment juste sur un tel sujet,

posséder une statistique complète. Ainsi les auteurs qui se sont occupés de la question ont ramassé des observations comme ils ont pu le faire, et on doit être certain que nombre de victimes avaient été silencieusement ensevelies.

M. Jacquemier, dans son excellent *Manuel des accouchements*, partage complétement notre opinion sur le peu de valeur des statistiques connues.

Voici, du reste, une liste empruntée à divers auteurs :

Beaudelocque.	73 opérées,	42 mortes,	31 guéries.
Sprengel.. . .	106 »	45 »	61 »
Michaëlis. . .	110 »	62 »	48 »
Burns.	33 opérées en Angleterre,	25 »	8 »
	322	174	148

Si maintenant on voulait tirer quelque parti de ces faits ainsi réunis, on pourrait acquérir la conviction qu'ils sont le plus souvent dépourvus des détails les plus essentiels. Ainsi, l'époque précise de l'opération par rapport au travail, le mode d'opération, la nature et la forme du rétrécissement, la nature des accidents, l'état des enfants, etc., sont peu ou mal notés, ou bien souvent complétement passés sous silence.

La raison de cette insuffisance des statistiques est facile à comprendre. Nous n'avons pas la possibilité, à Paris, de dresser une nouvelle liste de faits. La conclusion de toutes nos observations est la même. La question reste donc à étudier de nouveau. Ce serait pour la Société de chirurgie un grand honneur d'aider à sa solution en se servant des nombreux correspondants qu'elle possède aussi bien en France qu'à l'étranger ; quant à présent, nous ne sommes en mesure, à Paris, d'apporter dans cette enquête aucun fait favorable à l'opération.

En vain demanderez-vous à nos plus habiles chirurgiens, à MM. P. Dubois, Velpeau, et, parmi les membres les plus autorisés de notre Société, à MM. Danyau, Depaul, Cazeaux, Lenoir, Désormeaux : Avez-vous pu réussir uue seule fois ? Tous nous font la même réponse.

Les causes de tous ces insuccès doivent-elles être toutes rapportées à la climatérie spéciale des grandes villes ? C'est là une question qui serait résolue à l'aide d'une bonne statistique ; car il n'est pas à mettre en doute qu'à Paris comme à Londres nous ne choisissons pas nos opérées. L'opération césarienne n'est appliquée qu'aux cas vraiment extrêmes, et bien certainement les femmes qui présentent une déformation rachitique ont leur constitution d'autant plus entachée que

la difformité est plus prononcée : dès lors les chances de succès diminuent en raison même du degré de la difformité.

Quoi qu'il en soit, on comprend dès lors le parti pris par nous tous de renoncer à l'opération césarienne à Paris, et cette ressource extrême n'est plus que l'*ultima ratio* du chirurgien lorsque l'emploi des instruments fœticides n'est même plus possible.

Nous en sommes donc réduits, quant à présent, à une stérile discussion. Les reproches que nous adressent les praticiens de la province armés de quelques succès ne peuvent en rien nous faire abandonner la voie dans laquelle la nécessité nous a poussés ; et tant que la triste fatalité nous mettra en présence d'une malade dont la difformité ne saurait permettre à l'accouchement de se faire, bien certains de l'inévitable suite de l'opération césarienne, nous aurons recours, sans hésitation comme sans remords, à la céphalotripsie.

Nous devons ajouter encore que le plus souvent nous ne sommes appelés auprès des malades que lorsqu'il n'y a plus guère d'autres ressources à mettre en usage. Nous ne saurions, en effet, partager l'opinion de M. Depaul sur la généralisation plus grande des connaissances obstétricales. C'est sans doute bien déplorable à constater ; mais le plus grand nombre des praticiens restent encore bien loin du mouvement scientifique. On nous dispensera de donner les preuves de cette assertion.

On demandera, dès lors : A quel parti faut-il s'arrêter ? Cet état de choses est-il rationnel ? Non sans doute, et nous concevons l'espèce de *tolle* soulevé à la suite d'une discussion académique sur cette question.

C'est précisément vers une solution que doivent tendre tous nos efforts, et permettez-nous, Messieurs, de vous exposer une série de propositions que nous soumettons à votre jugement.

Nous pouvons demander aux travailleurs que nous nous sommes associés de nous adresser tous les documents relatifs à l'opération césarienne qu'ils possèdent actuellement, et qu'ils pourront ultérieurement recueillir. Nous avons, pour notre compte, déjà réuni quelques observations qui vous seront communiquées quand le moment sera venu.

Que dans une note rédigée par les membres de la Société les plus autorisés, il soit dressé une espèce de programme indiquant avec précision tous les détails qui devront se rencontrer dans les observations à recueillir. Nous aurons ainsi une statistique complète, dont la valeur incontestable nous mènera sûrement à une solution.

Quant à nous, nous ne saurions, sans une coupable indifférence, ne pas faire d'efforts pour tenter aussi de sortir de la fatale impasse dans laquelle nous sommes.

Puisqu'il reste bien établi que l'opération césarienne ne réussit pas à Paris depuis bien des années, pourquoi ne pas chercher dans des conditions climatériques différentes le salut de la mère aussi bien que celui de l'enfant ? Certaines localités des environs de Paris nous paraissent tellement heureuses au point de vue de la salubrité, que nous pourrions en choisir une en nous guidant dans le choix à faire sur les conditions qui ont paru offrir les plus grandes chances pour le salut des opérées. On peut trouver à quelques kilomètres de distance les conditions climatériques les plus variées : vallées, montagnes, sécheresse, humidité, etc... Il n'est pas un de nous qui ne s'empresse, aussi bien de sa personne qu'en faisant des sacrifices pécuniaires, de se dévouer pour aider à la solution de la question. Déjà plusieurs journaux ont fait des propositions analogues. M. Fleury a été encore plus loin, il a offert de se charger des opérées. L'initiative est donc déjà donnée. Rien ne doit faire obstacle à la réalisation du projet que nous appuyons de toutes nos forces.

Notre respect pour le salut de la mère est bien trop profond pour que nous ayons la pensée de proposer l'opération césarienne tant que l'extraction, même par lambeaux, de l'enfant sera possible par les voies ordinaires. Notre proposition ne s'appliquerait qu'aux cas d'angustie telle qu'il deviendrait impossible de recourir à un autre moyen de salut. Ce sera seulement plus tard, et lorsque l'expérience aura prononcé dans un sens favorable, que nous pourrons étendre la liste des indications. Nous avons été heureux de l'occasion qui s'est offerte à nous de traiter, devant une société aussi dévouée aux intérêts purs de la science, un sujet aussi important. Les propositions que nous soumettons à votre appréciation nous paraissent les seules possibles; vous pouvez, en les appuyant, les rendre d'une facile exécution. Les généreuses lamentations de nos confrères de province sur l'impitoyable parti que nous avons dû prendre jusqu'à ce jour ne peuvent malheureusement pas tenir lieu de raison; les sacrifices que nous avons faits, nous devions les faire, mais nous serions coupables de nous en tenir au point où nous en sommes.

Nous terminerons, Messieurs, en vous proposant :

1° D'adresser à M. Andrieux des remercîments pour sa communication ;

2° De déposer son travail dans les archives de la Société.

— Après la lecture du rapport, les conclusions sont mises aux voix et adoptées. Sur la proposition de M. Depaul, la discussion est renvoyée après l'impression du rapport, dont la Société décide l'insertion dans les bulletins.

COMMUNICATION.

MM. Legendre et Bastien complètent la communication commencée dans une séance précédente. Nous en donnons une analyse :

Dans leurs premières expériences, ils avaient employé une force de traction assez considérable et qui agissait pendant un temps très-court. Dans ces nouvelles expériences, ils ont employé une force de traction assez faible, mais agissant d'une manière continue pendant plusieurs jours. Voici le procédé qu'ils ont employé, et le résultat de leurs observations.

Le cadavre d'une femme âgée de quarante-cinq ans environ, qui avait eu des enfants, fut attaché debout contre une table ; avant d'attirer l'utérus en bas, on constate que le col est à une très-petite distance de l'ouverture vulvaire, à 3 centimètres seulement. La mesure de la cavité utérine donne 5 centimètres en profondeur. La situation du col était normale dans le vagin, celui-ci très-large ; la vessie faisait une saillie assez considérable du côté de la paroi supérieure de ce conduit.

Après avoir attiré le col utérin avec une pince à griffes, on le maintient abaissé avec un poids de 5 kilogrammes ; le lendemain, on ajoute à ce poids 5 kilogrammes, et on constate que le museau de tanche dépasse à peine la fourchette.

Le troisième jour, on applique un poids de 15 kilogrammes ; le col est hors de la vulve ; on laisse ce poids jusqu'à la fin de l'expérience, qui a duré quatre jours ; le museau de tanche faisait saillie hors de la vulve de 3 centimètres.

Voici les nouveaux rapports qu'affectent maintenant les différents organes de la cavité pelvienne.

Si l'on tire une ligne verticale du sommet du coccyx à la base de la symphyse pubienne, le corps de l'utérus a dépassé cette ligne ; il est donc hors de la cavité pelvienne ; mais il est encore contenu dans la région périnéale, puisqu'il reste une portion du vagin à la partie inférieure ; au contraire, la paroi antérieure de ce canal est entièrement retournée. Les culs-de-sac péritonéaux sont descendus dans une assez grande étendue ; l'antérieur répond au bas-fond de la vessie, le postérieur dépasse à peine le cul-de-sac vaginal. La distance qui les sépare

de l'extrémité du col de l'utérus est de 5 centimètres. La cavité de cet organe est allongée de 2 centimètres. La vessie présente deux cavités : une postérieure, qui répond au bord inférieur du pubis ; l'autre antérieure, qui proémine jusqu'au bord libre de la petite lèvre , et qui constitue une cystocèle complète. L'urèthre se dirige tout à fait en bas, de sorte qu'une sonde introduite dans ce canal vient de suite heurter sa paroi postérieure. Il faut, pour pénétrer dans la vessie , placer la sonde parallèlement à l'axe de la symphyse pubienne. Le rectum n'a subi aucun déplacement. Les ligaments ou replis de Douglas sont très-fortement tendus ; les ligaments larges ont été entraînés au niveau des culs-de-sac péritonéaux ; l'ovaire et la trompe droite sont descendus au-dessous du bas-fond de la vessie. Les ligaments ronds ne sont pas tiraillés.

Enfin, dans une dernière expérience, MM. Legendre et Bastien ont étudié le tiraillement des ligaments de l'utérus et la marche des replis péritonéaux en se mettant tout à fait dans les mêmes conditions que le chirurgien lorsqu'il veut faire une opération sur le col de l'utérus en amenant cet organe tout à fait à la vulve.

Sur une femme âgée de quarante-cinq ans , ayant eu des enfants , dont la paroi postérieure du vagin présentait une rectocèle commençante , nous avons pris les mesures suivantes avant l'opération : du col de l'utérus à la fourchette, 5 centimètres et demi ; du fond du cul-de-sac postérieur ou vagin à la fourchette, 6 centimètres et demi. Du côté des replis du péritoine, nous avons noté : du fond du cul-de-sac postérieur ou recto-utérin à l'angle sacro-vertébral , 11 centimètres; du fond du cul-de-sac antérieur ou vésico-utérin, 10 centimètres.

Saisissant alors le col utérin avec une érigne , nous l'avons attiré doucement à la vulve : un seul aide a suffi pour produire cette descente en répétant les tractions, comme nous l'avions observé dans nos premières expériences.

En maintenant l'utérus dans cette position , voici les changements que nous avons observés :

Le cul-de-sac postérieur du péritoine s'est enfoncé de 6 centimètres , le cul-de-sac antérieur de 4 centimètres et demi. Toute la paroi antérieure du vagin s'est renversée ; la vessie se met en rapport avec cette face antérieure du vagin, que l'on soulève en introduisant une sonde dans ce réservoir. Du côté du rectum , la rectocèle ne change pas de forme.

Lorsqu'on examine la cavité du petit bassin, on voit à peine le corps de l'utérus au fond de cette cavité ; la vessie est un peu entraînée; les

ovaires et les trompes restent annexés aux ligaments larges sur les parois de cet entonnoir. Tous les ligaments, qui sont plus ou moins tendus par le fait de l'abaissement de l'utérus, sont disposés sous forme de trois étages.

L'étage inférieur est constitué par les replis de Douglas : ce sont les ligaments utéro-lombaires de M. Huguier ; ils sont formés par la plus grande partie du plexus hypogastrique du grand sympathique décollé par le péritoine. Les douleurs que les malades éprouvent dans la chute de l'utérus peuvent être expliquées par le tiraillement des nerfs de ce plexus.

L'étage du milieu forme le relief le plus tendu. Une dissection minutieuse fait voir qu'il est formé par deux plans : le plus superficiel présente l'uretère, qui est peu tiraillé ; au-dessous se trouve une lame aponévrotique qui enveloppe un plexus veineux abondant allant se rendre à la veine hypogastrique ; c'est l'aponévrose du ligament large décrite par M. Jarjavay. Ces veines sont tendues et présentent une certaine résistance ; elles accompagnent les artères utérines, vésicales, branches de l'hypogastrique. Cette aponévrose s'insère en arrière du col de l'utérus ; c'est elle qui entraîne le cul-de-sac postérieur du péritoine.

Enfin l'étage supérieur est formé par le ligament rond, qui est très-faiblement tendu.

Le travail de MM. Legendre et Bastien est renvoyé à une commission composée de MM. Cazeaux, Depaul, Huguier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur cancéreuse développée dans la partie inférieure du fémur droit chez un enfant de sept ans. Amputation. — M. DEMARQUAY communique l'observation suivante :

Le jeune malade sur lequel j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse éprouva les premiers symptômes de l'affection pour laquelle je l'ai traité en juin 1858. Il ressentait de vives douleurs à la partie inférieure de la cuisse droite.

Cet état douloureux persista jusqu'au mois d'octobre sans que rien pût le modifier. A cette époque, il se forma une petite tumeur et les douleurs persistèrent. Le mal s'aggravant, le père de cet enfant le conduisit à Paris au mois de février, afin de prendre l'avis de MM. Denonvilliers, Nélaton, Monod et le mien. Nous fûmes d'un avis unanime. Nous proposâmes l'amputation de la cuisse à la partie moyenne. La tumeur, en effet, s'était développée au point d'avoir acquis le volume d'une

tête d'enfant à terme; elle était horriblement douloureuse au toucher et souvent même spontanément. L'enfant avait maigri.

Nous pensions que la tumeur était formée par un cancer développé au centre de l'os. Une consultation fut rédigée dans ce sens. L'enfant, qui devait retourner en province, fut confié au sieur Vriès.

Au bout de six semaines, il nous était ramené dans un état bien plus alarmant que lorsque nous l'avions vu. En effet, la tumeur avait acquis le volume d'une tête d'adulte, les douleurs étaient persistantes; l'enfant s'était encore amaigri.

L'amputation, qui était notre seule ressource, ne pouvait être pratiquée que très-haut; mais, comme l'enfant était très-affaibli, il fallait faire l'opération de telle sorte que l'enfant perdît le moins de sang possible. Afin d'arriver à ce résultat, je procédai à l'amputation de la manière suivante, avec le concours de M. Monod :

Je fis, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, un lambeau convexe comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire superficiel; je liai la veine saphène et les vaisseaux qui donnaient du sang. Cela fait, je fis préventivement la ligature de l'artère fémorale et de la veine du même nom, et j'incisai ensuite les couches musculaires, liant tous les vaisseaux de second ordre aussitôt qu'ils étaient ouverts. J'arrivai ainsi sur le fémur; je passai au-dessous du petit trochanter la sonde à résection de Blandin, et je fis la section du fémur. Cela fait, je terminai l'amputation par la section d'un lambeau postérieur, et je liai les derniers vaisseaux ouverts. La plaie fut réunie par plusieurs points de suture entrecoupée.

Pendant tout le temps de l'opération l'enfant fut maintenu endormi à l'aide du chloroforme, par M. Faure, qui avait eu la bonté d'appliquer sa méthode sur cet enfant.

La tumeur, disséquée avec soin, permit de constater l'intégrité des parties molles. L'articulation du genou est saine. La tumeur est formée dans le canal médullaire de la partie inférieure du fémur; de là elle s'est développée en envahissant toute la masse osseuse à travers laquelle elle est venue se développer sous le périoste, entraînant avec elle des lamelles osseuses. Tout le tiers inférieur du fémur est envahi par cette masse, très-vasculaire et ramollie; cependant à la circonférence on trouve quelques plaques dures. Le périoste, qui recouvre cette masse morbide ayant le volume d'une tête d'adulte, est le siége de ces plaques osseuses ou cartilagineuses. En dehors du périoste, il y a un tissu malade, de même nature que celui développé au centre de l'os, et qui a un centimètre d'épaisseur. Ce dernier tissu enveloppe

complétement la tumeur formée au centre de l'os. La tumeur, séparée des parties molles, a encore le volume d'une tête d'enfant de trois à quatre ans.

Résection de l'extrémité du fémur nécrosé à la suite d'une amputation. — Examen de la pièce. — Discussion. — M. CHASSAIGNAC a dû réséquer l'extrémité du fémur qui s'était nécrosé et avait perforé le lambeau antérieur ; cette résection a été faite avec la scie à chaînette.

La nécrose occupe toute la surface de l'os dans l'étendue, en hauteur, de plus d'un centimètre ; à la partie inférieure, elle embrasse la presque totalité du tissu compacte, et vient se terminer obliquement de dedans en dehors de manière à devenir très-superficielle à sa limite supérieure, formant ainsi une espèce d'anneau conique à base supérieure. L'os, débarrassé de sa partie mortifiée, se termine par une partie effilée.

M. Chassaignac pense que la forme conique affectée par la plupart des extrémités des os tient à une nécrose analogue à celle dont il présente un spécimen.

Sur cette même pièce, on voit le canal médullaire complétement oblitéré par un couvercle cicatriciel d'apparence cutanée, et cette cicatrice partielle est d'autant plus remarquable que tout autour d'elle la suppuration existait ; elle n'avait donc aucun rapport de continuité avec les parties molles du moignon.

M. HOUEL est disposé à admettre que cette cicatrice a précédé la nécrose. Quant à la forme conique de l'extrémité de l'os, elle a été signalée par Louis, et elle ne lui paraît pas devoir être attribuée d'une manière générale à une nécrose.

M. BROCA. L'amincissement de l'extrémité osseuse est le fait commun ; Louis l'avait parfaitement signalé. Quant à l'explication donnée par M. Chassaignac, elle n'est admissible que pour des cas exceptionnels, car on retrouve la même disposition sans qu'il y ait eu de nécrose. On a voulu expliquer ce fait en l'attribuant à l'exfoliation insensible. Cette explication n'est pas plus susceptible d'être généralisée. Il faut, en effet, pour que l'exfoliation insensible se produise, qu'il y ait décollement du périoste, et ce décollement est loin d'exister dans le plus grand nombre des cas.

M. VERNEUIL. La nécrose a été évidemment consécutive à la perforation de la peau.

Il est très-difficile, dans un bon nombre d'amputations, d'éviter cette

issue de l'os à travers le lambeau qui se trouve perforé comme par un emporte-pièce. Sur deux de mes amputés, j'ai vu, malgré l'étendue donnée au lambeau antérieur, cette perforation se produire. Un de ces amputés était dans le service de M. Marjolin. Dans les deux cas, la nécrose n'est survenue qu'après l'issue de l'extrémité osseuse. Quant au fait de l'amincissement de cette extrémité osseuse, il est, peut-on dire, presque constant. Une des causes pourra bien résider dans la pression assez énergique exercée par le lambeau antérieur. J'ai cru, en effet, remarquer que la face antérieure de l'os affectait cette disposition d'une façon bien plus marquée.

M. MARJOLIN. Sur le malade de mon service, amputé par M. Verneuil, il s'est produit un fait assez intéressant. L'extrémité ossense, saillante, paraissait bien nécrosée. En la frappant avec un corps dur, on obtenait le son analogue à celui obtenu sur un os mort. J'ai néanmoins fait entourer cet os de cataplasmes, et la vie s'y est assez complétement reproduite pour qu'il se fasse une cicatrice.

Quant à la raison de cette perforation des lambeaux par les extrémités des os, quels que soient les soins pris pour avoir de larges lambeaux, elle peut être rapportée à l'ostéite, avec allongement de l'os. Ainsi sur un jeune amputé de jambe, j'ai vu le péroné, après un certain temps, subir un tel allongement, que son extrémité dépassait de 5 centimètres l'extrémité du tibia. Ne serait-il pas possible de rapporter à cet allongement morbide de l'os les difficultés que l'on rencontre pour obtenir la guérison après l'amputation sus-malléolaire? J'ai été forcé, il y a quatre ou cinq jours, de faire pour une deuxième fois la résection de l'extrémité de l'humérus sur un malade amputé du bras.

M. BROCA. Je crois à cet allongement que signale M. Marjolin, et sur une pièce que je possède, on peut voir cette même disproportion entre le péroné et le tibia.

M. VERNEUIL. Je signalerai comme un fait assez rare, et par cela très-intéressant, la présence du tissu de cicatrice sur l'extrémité de l'os présenté par M. Chassaignac. On rencontre, en effet, bien rarement cette cicatrice isolée par îlot. Il faut pour qu'elle se produise qu'elle se montre sur un point où il y avait de la peau, et que quelques éléments de cette peau aient été conservés. Dans le cas contraire, la cicatrice marche de la circonférence au centre.

M. BROCA. Je ne crois pas que ces cicatrices en îlot aient besoin pour se former de retrouver quelques éléments de la peau. Ainsi j'ai vu une cicatrice de ce genre se former au centre d'une vaste ulcération cancéreuse du sein.

M. LARREY a vu une cicatrice se parfaire sur le péroné et le tibia d'un amputé. Les os très-saillants avaient subi probablement un allongement, la cicatrice cutanée fibreuse enveloppant les os qui paraissaient ainsi contenus dans une véritable gaîne.

M. RICHET. Je m'étonne de cet allongement des os après une opération. C'est un fait tout nouveau pour moi, je l'avoue, et, physiologiquement parlant, je ne puis m'en rendre compte.

On sait, en effet, que l'allongement des os se fait entre la diaphyse et l'épiphyse. Si l'individu est adulte, il n'est plus possible de s'expliquer cet accroissement en longueur. Il est au contraire bien plus facile d'admettre que la saillie des os est toute passive et qu'elle dépend de la rétraction du tissu.

Il est vrai que le fait de M. Marjolin ne peut se prêter à cette explication. Peut-être en pourrait-on trouver une plus plausible. Du reste 5 centimètres me paraissent constituer un allongement bien extraordinaire.

M. BROCA. La question soulevée est très-grave, s'il était prouvé qu'après les amputations les os dussent subir un tel accroissement, ce fait bouleverserait singulièrement les idées et les préceptes qui ont cours dans cette partie de la chirurgie.

Deux questions se présentent à résoudre. La première est une question de fait. Faut-il admettre que l'inégalité de saillie des deux os tient au raccourcissement de l'une des deux extrémités ou à l'allongement de l'autre? L'autre question est relative à l'explication du phénomène. M. Richet émet des doutes, en s'appuyant sur cette donnée physiologique que les os s'allongent par l'extrémité épiphysaire. — Les expériences de Duhamel semblent prouver que l'os s'accroît aussi par son corps. Ainsi des épingles placées à une distance égale d'une première appliquée à la partie moyenne de l'os, finissent par se trouver toutes plus éloignées de l'épingle centrale. Seulement l'écartement est plus grand entre les épingles des extrémités, de telle sorte que, s'il est vrai que l'accroissement est plus marqué aux extrémités, il n'en est pas moins réel au centre de l'os.

Il est maintenant prouvé que sur des membres affectés d'ulcère, les os subissent un allongement; j'en ai vu un exemple remarquable à l'hôpital Saint-Louis, dans le service dirigé par M. Richet, qui remplaçait Gerdy. Il s'agissait d'un infirmier affecté d'un ulcère de la jambe. Le tibia avait acquis 4 centimètres de plus; évidemment cet allongement était le résultat d'une ostéite. Pourquoi le traumatisme de l'amputation ne déterminerait-il pas les mêmes phénomènes? Dans la pièce

que je possède, l'amputation a été faite très-près de la partie supérieure du péroné, et l'inflammation a pu facilement gagner l'extrémité épiphysaire, ce qui donnerait l'explication du rapide allongement produit.

M. BOUVIER. Je pense que cet allongement après l'amputation est tout à fait digne de fixer l'attention ; il faut en tenir grand compte, surtout chez les enfants, et tailler le lambeau en conséquence. M. Guersant a vu assez souvent se produire cette particularité pour en avoir été frappé.

M. MARJOLIN insiste dans le même sens.

M. RICHET. Je fais une distinction pour les enfants. Quant à l'allongement qui se produit sur des malades affectés d'ulcères, il est le résultat de l'inflammation. Sous l'influence de l'ostéite, on sait que non-seulement il y a accroissement de l'os en longueur, mais aussi en largeur. Après l'amputation, je conçois difficilement l'allongement par la simple inflammation de l'extrémité de l'os amputé.

Dans l'amputation à la partie supérieure de la jambe, on pourrait peut-être expliquer la saillie du péroné par la disposition de la partie supérieure de cet os.

Ajoutons de plus qu'il est possible, en raison du peu de distance qui existe entre la section de l'os et son articulation avec le tibia, que l'inflammation s'en empare facilement, et qu'alors la distension de la cavité articulaire par un épanchement détermine une véritable diastase, qui abaisse d'autant la totalité de l'os.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance du 4 mai 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY, nommé chirurgien en chef de l'armée d'Italie, demande un congé pour tout le temps de son absence. (Accordé.)

— M. LEGOUEST, attaché à l'ambulance du grand quartier général de l'armée d'Italie, demande également un congé. (Accordé.)

M. Legouest renvoie en outre les thèses et les pièces dont il était dé-

positaire comme membre de la commission du prix Duval, et prie la Société de lui élire un successeur.

— M. LARREY transmet à la Société, de la part de M. le docteur Mourlon, aide-major au 4e d'artillerie, une observation intitulée *Oblitération des conduits lacrymaux; traitement par le cathétérisme forcé. Guérison.* (Commissaires, MM. Giraldès, Demarquay et Richard.)

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture des deux observations suivantes, qui ont été adressées à la Société l'une par M. Houzé de l'Aulnoits, professeur à l'Ecole de médecine de Lille; l'autre par M. Nuzillat, aide-major de 1re classe au 2e d'artillerie, à Vincennes.

OBS. I. — **Hémorrhagie consécutive du doigt indicateur. Compression digitale des deux artères radiale et cubitale au-dessus du poignet pendant 72 heures. Guérison**, par M. HOUZÉ DE L'AULNOITS.

Cette observation, je l'espère, méritera d'autant plus l'intérêt de MM. les membres de la Société de chirurgie, qu'elle a été recueillie sur un de nos chirurgiens les plus distingués, victime de son dévouement pour une science qu'il honore depuis plus de trente ans. Voici dans quelles circonstances :

En 1855, M. Mierville, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, pratiquait la résection du premier métatarsien sur un soldat de notre garnison atteint de tumeur blanche métatarso-phalangienne, lorsqu'en contournant la circonférence de l'os pour y placer la scie à chaîne, il se piqua l'index droit avec l'extrémité de l'aiguille. Malgré cet accident, il continua son opération, la mena à bonne fin, et guérit le malade en lui conservant l'orteil. Mais au bout de sept ou huit jours, au niveau de la piqûre, il vit survenir une petite excroissance grosse comme une lentille et très-douloureuse à la pression. Les moyens usuels furent employés; cependant le mal ne fit qu'empirer, et la tumeur, au bout de trois semaines, avait acquis le volume d'un haricot et était le siége de douleurs lancinantes excessivement pénibles. Le doigt présenta en même temps une coloration bleuâtre, et le gonflement envahit les deux premières phalanges. Cette tumeur semblait être constituée par les éléments hypertrophiés du derme; elle était chagrinée et hérissée de grosses papilles blanchâtres.

Pour mettre fin à la marche envahissante de l'affection et se dérober aux souffrances devenues presque intolérables, M. Mierville consentit à subir l'extirpation de la pulpe digitale et à endurer la cautérisation avec le fer rouge, afin de se préserver d'une récidive.

Tout alla bien pendant cinq jours, mais le sixième l'eschare se détacha, et du réseau formé par l'anastomose des artères collatérales du doigt s'écoula un sang rouge à jets saccadés. La position du membre, les astringents et la compression immédiate arrêtèrent momentanément l'écoulement; mais le lendemain le sang reparut, offrant les mêmes signes que la veille. Outre les moyens précédemment mentionnés, nous fîmes la compression de l'artère humérale avec le compresseur de Dupuytren; il en résulta une douleur assez vive pour nous y faire renoncer au bout de quelques heures; aussitôt nouvelle hémorrhagie. Deux petits cylindres de diachylon furent alors appliqués sur les artères radiale et cubitale, et pour obtenir complétement l'oblitération des vaisseaux, nous les fixâmes autour du poignet au moyen de plusieurs tours de bande. La main s'engorgea, devint bleuâtre et le sang continua de couler. Pour permettre la circulation du sang noir et agir en même temps sur la marche du sang artériel, nous songeâmes à faire comprimer par des aides, au niveau du poignet, les artères radiale et cubitale. L'hémorrhagie s'arrêta, et une compression digitale de 72 heures nous permit d'éloigner de notre esprit toute crainte de récidive.

Cette compression nous fut d'autant plus facile à effectuer que nous avions comme aides tous les élèves de l'hôpital militaire, qui se relayaient toutes les quatre heures.

Depuis rien ne vint troubler la cicatrisation, et trois semaines après ce célèbre chirurgien était guéri, conservant le libre usage de son doigt, ainsi qu'il nous l'a prouvé en reprenant les hautes fonctions qui lui étaient confiées, et en pratiquant avec autant d'habileté qu'autrefois les nombreuses opérations que présente journellement l'hôpital militaire de Lille.

Cette observation, qui a eu pour témoins tous les chefs de service, ainsi que tous les élèves de l'hôpital, et pour victime le chirurgien en chef de cet établissement, sera, je l'espère, prise en considération par MM. les membres de la Société, car, alors que tous les autres moyens avaient échoué, la compression digitale seule nous a donné le résultat que nous désirions si ardemment.

D'après l'appréciation de M. Mierville, cette compression est moins pénible que celle de la bande, qui engorge l'extrémité du membre, et que celle du compresseur, qui, aux inconvénients de la bande, joint celui de comprimer les nerfs. Les doigts appliqués sur les artères radiale et cubitale au niveau du poignet respectent la circulation veineuse, tout en modérant suffisamment la circulation artérielle.

Cette méthode est si peu douloureuse que, pendant les soixante-

douze heures qu'elle fut employée, M. Mierville jouit d'un calme parfait, et recouvra même son sommeil habituel.

Je ne doute pas qu'on ne puisse réussir également par le même moyen dans les hémorrhagies provenant des arcades palmaire ou plantaire.

OBS. II. — **Hémorrhagie traumatique de l'arcade palmaire profonde de la main droite. — Compression mécanique de l'artère humérale. — Guérison en vingt et un jours**, par M. NUZILLAT.

Depuis que la question de la compression dans le traitement des lésions artérielles a pris un caractère si important aux yeux de nos grands chirurgiens, je crois qu'il est du devoir de tout praticien de faire connaître les observations qui se rattachent à cette méthode et qui peuvent lui être de quelque utilité. C'est grâce aux travaux éminents et aux belles recherches de M. Broca que la méthode de compression est regardée aujourd'hui comme le meilleur mode de traitement dans la thérapeutique de ces lésions. Cependant il reste encore un point dans la science sur lequel on n'est pas tout à fait d'accord, comme l'a très-bien fait observer M. le professeur Gosselin, je veux parler du *mode* qu'il s'agit d'adopter. Je vais exposer celui qui m'a réussi.

Le nommé B...., canonnier au 2e régiment d'artillerie, voulant prouver sa force à ses camarades, écrasa dans sa main droite un verre à boire; il se fit à l'éminence thénar une plaie de 2 centimètres de long qui intéressa l'arcade palmaire profonde. On vint me prévenir; c'était vers les dix heures du matin, et je reconnus en effet que l'hémorrhagie était artérielle.

Ayant suivi attentivement les discussions qui avaient eu lieu à la Société de chirurgie sur les cas de ce genre, et ne me dissimulant nullement les difficultés de la ligature de l'artère au fond de la plaie, je me décidai à employer d'abord la compression mécanique.

J'appliquai sur la blessure une pelote de charpie serrée, une autre sur la radiale à la partie inférieure de l'avant-bras, et je fis ainsi avec des tours de bande une double compression à la fois directe et indirecte qui suffit pour arrêter le sang. Je plaçai ensuite l'avant-bras dans une position convenable, en recommandant de tenir le membre immobile et de m'avertir si le sang venait à reparaître. Le reste de la journée se passa bien; le blessé fut tranquille; mais à neuf heures du soir l'hémorrhagie reparut; je soupçonnai que le sang venait de la cubitale et non directement de la radiale; j'eus donc recours à la compression

de l'humérale. Pour cela, je pris une bande toute roulée, que j'entourai de ouate, et que j'appliquai parallèlement sur l'artère appuyée contre l'humérus; je mis aussi une feuille de ouate autour du bras pour ménager la peau, et j'exerçai la compression avec plusieurs tours de bande circulaires : je parvins à l'aide de cet appareil à vaincre facilement l'hémorrhagie.

L'avant-bras fut ensuite replacé dans la même position. Je ne revis mon malade que le lendemain matin; il ne se plaignait pas, la nuit avait été assez calme; il supportait facilement la compression, le sang n'avait point coulé, l'appareil n'était pas dérangé, il n'y avait qu'un léger gonflement peu douloureux à l'avant-bras.

Je laissai marcher les choses, en surveillant les accidents qui auraient pu se déclarer.

Après quatre jours le gonflement et la douleur se dissipèrent, et la chaleur normale finit par se rétablir. Dix jours s'écoulèrent ainsi sans inquiétudes.

Je résolus alors d'enlever le pansement de la main avec précaution. La plaie avait un assez bon aspect, la réunion des bords ne s'était point opérée; un caillot de sang était encore interposé entre les lèvres; je me gardai bien d'y toucher; je fis seulement un pansement à sec avec un plumasseau de charpie que je renouvelai tous les deux jours.

La cicatrisation de la blessure commença à marcher assez rapidement. Après vingt jours révolus, je me crus en droit d'enlever la compression de l'artère humérale, mais en procédant lentement, c'est-à-dire en débridant les tours de bande les plus serrés, pour faire diminuer la compression, sans la faire cesser brusquement, et le jour suivant tout fut supprimé.

Ce blessé a donc été soumis durant vingt et un jours à une compression mécanique de l'artère humérale, qu'il a assez bien supportée du reste, et qui a suffi pour amener une hémostase complète et définitive sans accidents pendant le cours du traitement.

Aujourd'hui il est parfaitement guéri; son bras n'a pas changé de volume; la sensibilité n'est point altérée, et les mouvements n'ont rien perdu de leur liberté et de leur force.

D'après cette observation, je me crois autorisé à conclure que la compression mécanique peut rendre de grands services dans les plaies artérielles de la paume de la main, et que cette méthode doit d'abord être tentée, si c'est possible, avant de songer à la ligature.

Sans proscrire la méthode de compression digitale, je dois dire que le procédé de compression mécanique me paraît préférable sous tous

les rapports; en effet, le chirurgien peut l'employer dans toutes les occasions, à la campagne, partout, lors même qu'il est seul; tandis que la compression manuelle ne peut être faite que par des aides intelligents et en assez grand nombre, comme dans les hôpitaux. Malgré cet avantage, l'on ne réussit pas toujours à obtenir une compression exacte; ce qu'il est facile de constater journellement dans les amputations où l'on désigne l'aide le plus fort et le plus habile pour comprimer l'artère de ses doigts. Souvent il se trouve fatigué même avant que l'opération soit achevée, et demande à être relevé, ou bien il ne peut comprimer qu'imparfaitement le vaisseau artériel.

Après cette lecture, M. RICHARD dit, relativement à la deuxième observation, qu'il est bien entendu que la Société ne saurait admettre sans réserves le fait ainsi communiqué.

Il est bien évident, en effet, que dans les cas de ce genre la ligature est préférable à la compression; et de plus, si la compression avait été efficace, olle n'aurait pas été supportée pendant vingt jours.

COMMUNICATION.

Dans leurs premières communications, MM. les docteurs Legendre et Bastien avaient fait connaître le résultat des expériences qu'ils avaient faites sur le cadavre en produisant artificiellement les différents degrés d'abaissement de l'utérus. Ces expérimentations cadavériques semblaient présenter une certaine aridité ; la comparaison de ces faits purement anatomiques avec les observations pathologiques de cette même affection, c'est-à-dire la chute plus ou moins complète de l'utérus, donnera à ce travail un certain intérêt pratique.

Après avoir consulté les belles planches du travail de M. le docteur Huguier, que cet auteur avait eu l'obligeance de leur montrer; après avoir vu la description minutieuse d'une pièce de chute incomplète de l'utérus avec allongement du col, que M. le docteur Verneuil avait présentée à la Société anatomique, et d'après l'étude d'une pièce tout à fait semblable que MM. Legendre et Bastien venaient de trouver sur le cadavre d'une femme âgée, ils ont pu montrer les nombreux points de rapprochement qui existent entre leurs expérimentations cadavériques et les faits d'anatomie pathologique.

Ils ne donneront ici que la description succincte de la pièce d'anatomie pathologique qu'ils ont observée, et ils la compareront avec le fait expérimental qui s'en rapproche le plus.

Une femme d'une soixantaine d'années présentait entre les grandes lèvres une tumeur volumineuse, presque aussi grosse que le poing, se

terminant en forme de poire, et présentant à son extrémité, sur le côté gauche et un peu en bas, une dépression, une sorte de cicatrice indiquant le point où devait siéger l'orifice du col utérin ; ce conduit est tout à fait oblitéré.

Cette tumeur descend entre les cuisses dans une étendue de 4 à 5 centimètres depuis la fourchette ; elle est réductible, mais se reproduit aussitôt si on ne la maintient pas dans le vagin, qui reçoit facilement le poing entier. Il est facile de reconnaître qu'elle est formée en grande partie par ce canal qui fait saillie à l'extérieur. Sa surface présente des rides transversales ; elle est rugueuse, recouverte de lamelles épidermiques assez épaisses. En examinant les rapports de ce conduit, on voit que sa paroi antérieure est complétement renversée en avant, qu'elle est située sur le même plan que l'ouverture externe de l'urèthre ; de chaque côté il existe encore une petite étendue du vagin qui a 2 centimètres de profondeur ; enfin, en arrière, au niveau de la fourchette, on peut mesurer 3 centimètres de profondeur. La consistance de la tumeur est molle, mais on sent profondément un corps dur, allongé, de la grosseur du petit doigt, qui occupe le centre et l'axe longitudinal de la tumeur, et qui semble être le col de l'utérus. Si l'on fait une exploration par le rectum, on peut reconnaître avec le doigt recourbé en crochet le corps de l'utérus.

Après cet examen on ouvre la cavité abdominale et on pratique une section de la région du périnée sur la ligne médiane, après avoir fixé tous les organes en place, afin de bien juger de leurs rapports.

On remarque alors que la vessie est divisée en deux cavités, l'une située derrière le pubis, très-développée ; l'autre descendant très-bas et se mettant en rapport avec une certaine étendue de la paroi antérieure du vagin. L'urèthre a changé de direction, il se porte en arrière, et une sonde introduite dans ce canal est obligée, pour pénétrer dans la vessie, de devenir presque parallèle au pubis.

Le vagin est presque complétement renversé, et c'est lui qui forme la plus grande partie de la tumeur qui pend entre les cuisses. Il reste encore en arrière un cul-de-sac peu profond, dont nous avons donné les dimensions.

L'utérus présente une forme tout à fait insolite. Le col offre un allongement considérable qui s'étend depuis son extrémité jusqu'à la partie inférieure du corps : celui-ci est un peu descendu dans l'excavation pelvienne, et s'est rapproché du plancher périnéal. La cavité utérine mesure en longueur 12 centimètres à l'hystéromètre ; il a fallu

détruire une légère adhérence qui fermait tout à fait l'orifice du museau de tanche.

Les culs de-sac formés par la réflexion du péritoine utérin, en avant sur la vessie, en arrière sur le, rectum, sont à peu près sur la même limite; le cul-de-sac postérieur est assez rapproché du vagin ; tous les deux sont à la distance de 7 centimètres du sommet de la tumeur générale.

Le rectum n'a subi aucun déplacement.

Les ligaments de l'utérus n'étaient pas tendus.

Comparant maintenant cette pièce à l'expérience de descente presque complète de l'utérus faite sur le cadavre qu'ils ont présentée dans la dernière séance, MM. Legendre et Bastien en font ressortir les points principaux, qui permettent d'établir entre ces deux observations un très-grand rapprochement avec quelques légères différences.

Du côté de la vessie, même disposition, forme bilobée, cystocèle vaginale, direction de l'urèthre en arrière. L'invagination du vagin est complète en avant, et présente en arrière un cul-de-sac qui a la même profondeur dans les deux exemples. Les culs-de-sac du péritoine sont à peu près à la même distance du périnée, et leurs rapports avec le corps de l'utérus sont les mêmes.

Comme différences, nous trouvons une capacité plus grande de la vessie, et un allongement particulier du col de l'utérus dans la pièce pathologique, différences qui ont été le résultat de la lenteur avec laquelle l'affection s'est produite.

Ainsi, au point de vue du rapport des organes, ces deux exemples offrent un rapprochement complet ; ils ne diffèrent que par l'augmentation de volume de quelques-uns, produite par la durée de la maladie, tandis que l'expérimentation n'a agi que pendant un temps comparativement très-court.

Expérimentations cadavériques sur l'amputation du col de l'utérus. Déjà Lisfranc avait étudié les rapports du péritoine avec le col de l'utérus au point de vue des opérations qui se pratiquent sur cet organe. MM. Legendre et Bastien ont vu, dans leurs expériences précédentes, que ces rapports variaient lorsque l'utérus restait au fond du vagin et lorsqu'il était attiré à la vulve. Dans des expérimentations spéciales sur ce sujet, voici ce qu'ils ont observé :

Lorsqu'un aide abaisse l'utérus jusqu'à la vulve, le col s'invagine dans le vagin et entraîne avec lui l'extrémité postérieure de ce canal ; le péritoine, qui est lâchement uni à ce canal, abandonne sa paroi postérieure, qu'il tapisse, comme on sait, dans une petite étendue, tout

en restant adhérent à l'utérus. Cette espèce de glissement du péritoine sur le vagin se fait dans une étendue de deux centimètres. Il y a une limite où le péritoine qui adhère à l'utérus ne change pas ; c'est la limite des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur déterminés par l'insertion d'une lame aponévrotique qui se fixe au col et se confond avec l'insertion du vagin. La limite de cette insertion péritonéale en avant était, sur une femme de soixante ans, à 3 centimètres 8 millimètres de l'extrémité du museau de tanche, et, en arrière, à 4 centimètres 1 millimètre. Ainsi, le rapport du péritoine qui tapisse l'utérus reste toujours le même avec cet organe ; il n'y a de déplacement que dans les culs-de-sac qu'il envoie en avant ou en arrière, entre le vagin et le rectum.

Cette nouvelle disposition, l'abaissement de l'utérus, que l'on produit dans le premier temps de l'opération, facilitera beaucoup la section du col de l'utérus en éloignant le péritoine, et permettra d'en pratiquer la section à la plus grande hauteur possible.

En ne s'occupant que du procédé opératoire, MM. Legendre et Bastien ont pratiqué un certain nombre de ces sections, dont voici les résultats. Ils ont amputé 2, 3 et jusqu'à 4 centimètres en longueur de l'utérus ainsi amené à la vulve, par conséquent le col tout entier, sans toucher aux culs-de-sac péritonéaux. Cette longueur peut paraître assez considérable ; mais elle doit être un peu corrigée par l'allongement qu'a subi l'utérus par la traction, lorsqu'on l'amène à la vulve. Cette amputation est encore facilitée si, au lieu de couper le col utérin par une seule section, on dissèque un peu les insertions du vagin alentour, ce qui permet d'arriver ainsi à la limite extrême de 4 centimètres que nous avons indiquée plus haut.

On peut encore, lorsque l'utérus est ainsi amené à la vulve, traverser le col de part en part avec une tige d'acier pour pratiquer la ligature en masse des deux moitiés de ce col.

La limite que nous venons d'indiquer pour l'amputation du col de l'utérus est encore indiquée dans nos expériences par la présence des vaisseaux. En effet, on arrive au niveau du point où l'artère utérine se réfléchit pour devenir ascendante, et dans quelques cas nous avons coupé toute la couronne des vaisseaux qui entrent dans l'utérus. Le danger de l'hémorrhagie en pareil cas, la difficulté de faire la ligature de ces vaisseaux, comme l'a montré M. Huguier, nous a fait chercher si l'on ne pourrait pas préalablement lier l'artère utérine au-dessous du péritoine. Nous avons tenté cette ligature, d'une manœuvre assez difficile, et voici comment nous l'avons pratiquée :

L'utérus doit être fortement abaissé en même temps que l'aide relève un peu le col en haut : le chirurgien, introduisant alors le doigt indicateur de la main gauche dans le cul-de sac postérieur du vagin pour y explorer le corps de l'utérus, sent de chaque côté les bords d'un triangle ligamenteux dont le sommet va se terminer sur le col utérin : ce sont les replis de Douglas, et en haut une partie des ligaments larges, comme nous l'avons déjà montré. Cherchant alors à accrocher la partie latérale la plus élevée de ce triangle, il la contourne avec une aiguille courbe qui embrasse les vaisseaux de l'utérus. Dans ce point, l'opérateur est très-près du péritoine, il est très-exposé à le blesser ; mais la ligature qu'il applique occupe une très-petite étendue, et l'adossement immédiat des deux feuillets de la membrane séreuse doit amener de suite leur adhésion. Sans discuter longuement cette opération, nous indiquons seulement le moyen de la pratiquer.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Invagination intestinale; gastrotomie. — Anus artificiel. — Mort. — Autopsie. — M. CHASSAIGNAC fait la communication suivante :

J'ai déjà présenté à la Société une observation d'anus artificiel que j'ai dû établir pour une invagination. Un nouveau fait d'opération semblable s'est présenté dans mon service, et je désire vous communiquer quelques considérations relatives à l'opération elle-même.

Les indications pour le moment opportun de l'opération sont loin d'être tracées. On doit toujours craindre d'agir au moment même où la guérison, par les seules ressources de la nature, va peut-être s'effectuer. J'ai vu des malades vivre deux mois et demi avec un étranglement ; ils vomissaient des matières intestinales, et cependant leur santé restait passable. Mais au milieu de ce calme apparent peut éclater subitement la péritonite, et l'opération n'est plus praticable.

Il faudrait pouvoir reconnaître par un symptôme le moment où la péritonite contre-indique l'opération. J'avais pensé que la nature des vomissements pourrait peut-être mettre sur cette voie ; ainsi, lorsque le malade rend des matières verdâtres, il m'a semblé que l'inflammation péritonéale apparaissait.

J'ai, pendant l'opération, rencontré une difficulté assez inattendue pour que je pense qu'il soit utile de la signaler. Après l'incision de la paroi abdominale, je n'ai pu saisir une anse intestinale qu'après plusieurs essais infructueux ; j'amenai constamment l'épiploon. J'ai été forcé d'agrandir l'ouverture.

Quant au procédé pour retenir l'intestin, j'avais pensé dans une opé-

ration précédente qu'il pourrait être utile de le fixer d'abord, pour ne l'ouvrir qu'après vingt-quatre heures. Mais ce temps avait suffi pour rendre l'intestin irréductible, tant il avait contracté d'adhérences ; aussi ai-je renoncé à cette opération en deux temps. J'ai incisé aussitôt après avoir fixé l'anse intestinale à l'aide d'une suture.

Je ne décrirai pas la pièce pathologique, car elle a été soumise à l'examen de la Société anatomique ; je me contenterai de dire qu'il s'agissait d'un polype situé à la partie inférieure de l'intestin grêle. Cette tumeur s'était engagée dans le cœcum, entraînant avec elle l'extrémité inférieure de l'iléum.

Le secrétaire de la Société, LABORIE.

Fracture complète des deux os de la jambe gauche.

Tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne. — Bruit de souffle unique à la partie inférieure de cette tumeur. — Bruit de souffle double vers la partie moyenne.

(Observation recueillie et communiquée à la Société de chirurgie par M. le Dr ORÉ, professeur à l'École de médecine, chef des travaux anatomiques.)

J. D..., âgé de trente-huit ans, né à Mondion (Vienne), cultivateur, entra à l'hôpital le 4 juin 1854. Ce malade fut placé dans le service de M. le professeur Chaumet, salle 18, lit 34.

A son arrivée, je l'interrogeai, et il me raconta qu'au mois d'avril de la même année il avait été renversé par une charrette dont la roue passa sur sa jambe gauche, et produisit une fracture complète des deux os, sans issue des fragments et même sans plaie.

Un appareil qu'il garda un mois et demi lui fut alors appliqué. Après ce temps l'appareil fut levé, et le malade s'aperçut que non-seulement il ne pouvait exécuter aucun mouvement avec sa jambe gauche, mais qu'encore il s'était formé à la partie externe une tumeur assez volumineuse. Vivement préoccupé de son état, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-André.

Voici quel était l'état de ce malade le jour de son entrée dans le service de M. Chaumet.

La jambe gauche est considérablement tuméfiée. On remarque autour des malléoles et jusqu'au tiers supérieur à peu près un empâte-

ment très-prononcé du tissu cellulaire, sous lequel la crête du tibia a presque entièrement disparu. Les mouvements y sont entièrement abolis. En promenant le doigt le long du tibia et du péroné, on trouve deux saillies facilement appréciables au travers des parties molles, qui correspondent aux fragments supérieurs de ces deux os. Ces deux saillies se trouvent, *l'une en avant*, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du tibia; l'autre en dehors et en bas, à la réunion des trois quarts supérieurs du péroné avec le quart inférieur. Il est, du reste, facile, en imprimant des mouvements au pied et maintenant immobile le reste de la jambe, de s'apercevoir qu'il n'existe qu'une consolidation imparfaite entre les os fracturés. A deux ou trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe, il existe une tumeur qui contourne la face postérieure de la jambe et va se terminer à la partie supérieure de sa face interne.

Cette tumeur est fluctuante dans toute son étendue, mais la fluctuation est surtout sensible en dedans et en haut. Appliquée sur elle, la main n'éprouve aucune sensation d'expansion ou de soulèvement; la compression exercée soit au-dessus, soit au-dessous, n'amène aucun changement dans son volume. Par l'auscultation, on y distingue, à la partie inférieure et externe, *un bruit de souffle râpeux unique* très-dur. A trois travers de doigt plus haut, dans un espace très-circonscrit et qui correspond au point où le tibia a été fracturé, on distingue *deux bruits de souffle distincts*, offrant une grande analogie avec les battements du cœur. Le premier de ces deux derniers bruits est plus fort que le second. Il n'existe rien de semblable dans les autres points de la tumeur.

L'état général du malade est bon. Toutes les fonctions s'accomplissent d'une manière tout à fait normale.

Après avoir examiné avec attention la jambe de cet homme, le professeur Chaumet la plaça sur un plan incliné. Un appareil provisoire composé de deux attelles, l'une interne et l'autre externe, et de compresses disposées comme dans l'appareil de Scultet, fut appliqué.

Le même pansement avait été employé durant une quinzaine de jours, lorsque, ce temps écoulé, des douleurs aiguës se montrèrent dans la tumeur à la partie interne et supérieure, douleurs qui s'accompagnaient de chaleur à la peau, de fréquence dans le pouls, et que la pression augmentait d'une manière sensible. La fluctuation devint très-évidente dans ce point. L'interne du service pensa qu'un abcès s'était formé, et pratiqua une ponction. La ponction fut suivie d'un écoulement assez considérable de sang pur, n'ayant ni l'aspect ruti-

lant du sang vermeil, ni l'aspect noirâtre du sang veineux, mais ayant plutôt une coloration qui semblait résulter du mélange des deux. Ce ne fut qu'à l'aide d'une compression forte et soutenue sur la fémorale qu'on parvint à arrêter cet écoulement. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas de quelques jours, et il s'écoula, par l'ouverture qui avait été faite, du pus épais, fétide, mêlé à des caillots sanguins.

Des cataplasmes de riz furent appliqués sur la tumeur. Ce pansement fut pendant cinq jours, et chaque jour, renouvelé. A chaque pansement on exerçait autour de la plaie une compression méthodique dans le but de faire sortir tout le pus contenu dans le foyer ; mais malgré tout le soin apporté à cette manœuvre, l'ouverture étant insuffisante, le pus ne s'écoulait qu'avec une extrême difficulté. M. Chaumet se décida alors à introduire une sonde cannelée par l'ouverture déjà pratiquée, et fit une contre-ouverture à la partie supérieure et interne de la jambe. Une mèche à séton fut introduite ; ce même pansement fut continué jusqu'au 28 juin. Le pus eut une issue facile.

Le 28 juin, nouvelle hémorrhagie. Le malade perdit une assez grande quantité de sang, qui offrit les mêmes caractères que la première fois. On fit pour arrêter l'hémorrhagie la compression de la fémorale.

J'examinai de nouveau la tumeur à cette époque, et j'y constatai, comme précédemment, des bruits de souffle simple et double; mais alors, pas plus qu'à mon premier examen, je n'observai de mouvement d'expansion dans la tumeur.

La compression fut maintenue, et de la glace fut appliquée sur le foyer même de la fracture.

Le 5 juillet, nouvelle hémorrhagie, à la suite de laquelle la tumeur a considérablement diminué de volume. Le malade a été transporté dans un autre lit; sa jambe ayant été remuée, il y a eu déplacement des fragments osseux. En auscultant, j'ai observé une diminution notable dans le double bruit; le second s'entend à peine. Quant au bruit unique, il offre toujours les mêmes caractères. Le malade est affaissé; sa voix est légèrement affaiblie; la peau est chaude et sèche. Le pouls est petit et fréquent, 104-108, très-dépressible; la face est grippée; elle offre une teinte jaune-terreux ; la bouche est sèche; la soif est assez vive; il y a eu quelques légers frissons. Le malade, vivement frappé de son état, demande avec instance qu'on emploie un moyen extrême pour le guérir. M. Chaumet, après avoir demandé l'opinion du professeur Velpeau, qui était dans ce moment à Bordeaux, se décida à faire l'amputation, qui fut pratiquée le 13 juillet.

M. le professeur Chaumet m'ayant confié le soin d'examiner les

lésions anatomiques que présentait la jambe de ce malade, j'en ai fait une dissection très-attentive, et voici quel est le résultat de mes recherches.

Anatomie pathologique. — Afin d'exposer avec ordre les lésions que j'ai observées, je décrirai successivement :

1° Celles des parties molles;

2° Celles des os ;

3° Celles des vaisseaux.

1° *Parties molles.* — La jambe offre un empâtement général qui remonte jusqu'à la partie supérieure ; la peau est entièrement décolorée.

Le tissu cellulaire est épaissi, induré; il a presque partout un aspect lardacé, il semble avoir perdu son élasticité; au pied il est infiltré de sérosité.

Les muscles sont pâles, décolorés, amincis et d'une friabilité extrême. La moindre traction exercée sur eux suffit pour les déchirer. Ceux qui sont situés au-devant du *ligament interosseux*, *qui n'existe plus*, ont conservé leur direction normale jusqu'à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe. A partir de ce point ils sont écartés de leur direction primitive et portés en dehors par suite de la compression qu'exerce sur eux le fragment supérieur du tibia.

Les muscles de la couche superficielle (région postérieure) n'offrent rien de particulier. Ceux de la couche profonde sont tous confondus entre eux. Leurs adhérences normales au tibia et au péroné ont été complétement détruites, sauf à la partie supérieure. Ces muscles décollés et confondus forment la paroi postérieure d'une cavité limitée en avant par le tibia et le péroné, et dans laquelle se trouvait contenu le sang de l'hémorrhagie. Ce foyer, au milieu duquel on remarquait les fragments des os de la jambe, était traversé par la mèche à séton dont j'ai parlé dans le cours de l'observation, et il communiquait avec l'intérieur par les deux ouvertures que traversait la mèche.

Os. — Le tibia est fracturé à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. La fracture a une obliquité de 9 centimètres à peu près. Il n'existe entre les deux fragments aucun travail de consolidation. Ils ne sont pas cependant entièrement séparés l'un de l'autre, car il existe en avant une lame de périoste très-épaissie qui les réunit. Mais si ces fragments ne sont pas tout à fait indépendants l'un de l'autre, je dois dire qu'ils ne sont pas accolés exactement bout à bout, car j'ai trouvé, après un examen attentif, *un espace vide* qui les sépare en

avant. Cet espace vide offre une importance très-grande, comme on le verra quand je parlerai de la disposition des vaisseaux. Le fragment inférieur du tibia offrait de nombreuses esquilles jouissant d'une certaine mobilité pour la plupart, mais dont quelques-unes avaient contracté des adhérences surtout en dedans et en arrière.

S'il n'existe aucun travail de consolidation entre les fragments du tibia, il n'en est pas de même pour ceux du *péroné*. Certainement la consolidation n'est pas complète, mais il est permis de croire que, quoique tardive, elle aurait fini par s'opérer. Il existait, en effet, entre ces deux fragments un tissu fibreux très-fort, très-résistant, qui les unissait. Les deux fragments du péroné sont loin de présenter un contact immédiat entre leurs extrémités. Le supérieur forme, au contraire, une saillie très-prononcée, très-appréciable sous la peau. C'est avec la face interne de ce fragment que l'inférieur adhère. Je ferai remarquer que le tissu osseux, soit du tibia, soit du péroné, n'offrait au niveau de la fracture aucune modification dans sa texture.

Vaisseaux. — L'hémorrhagie qui s'était renouvelée à plusieurs reprises, les bruits de souffle simple et double, distincts l'un de l'autre, rendaient l'examen des vaisseaux intéressant; aussi ai-je pris soin, pour rendre cet examen aussi complet que possible, de pousser dans les vaisseaux deux injections fines. Je dois signaler cette particularité que l'injection est sortie par les deux ouvertures que traversait le séton, et que dans le foyer même de la fracture une partie s'était coagulée entre les deux fragments du tibia, tandis que l'autre s'était mêlée avec le liquide purulo-sanguinolent contenu dans le foyer. J'ai préparé les vaisseaux avec le plus grand soin, et j'ai déposé la pièce dans le musée anatomique de l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Je dois dire tout d'abord que ni la tibiale antérieure, ni la tibiale postérieure, ni la péronière, ainsi que les veines satellites, n'offraient la moindre altération; nulle part la continuité de leurs parois n'avait été interrompue. C'était seulement dans leur disposition que ces artères offraient des particularités curieuses.

La *tibiale antérieure* avait conservé sa position jusqu'à un pouce environ au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia. A partir de ce point, la direction de ce vaisseau avait changé. Elle contournait, en effet, ce fragment en s'appuyant contre sa face postérieure, et allait sortir par l'espace vide que j'ai signalé précédemment, de manière à chevaucher sur le fragment inferieur du tibia. Il résulte de cette disposition que l'artère traversait le foyer même de la fracture au milieu du liquide qui le remplissait, et qu'en outre elle

subissait deux points de compression bien distincts, l'un au niveau du fragment supérieur, l'autre sur le fragment inférieur.

La *tibiale postérieure* ne présentait aucun changement dans sa direction.

Arrivée à l'union des trois quarts supérieurs de la jambe avec le quart inférieur, l'*artère péronière*, après avoir occupé sa position normale le long de la face interne du péroné, changeait brusquement de direction. Elle se portait en effet obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, entraînée dans cette direction par le fragment inférieur du péroné. A partir de ce point, l'artère *se trouvait fortement comprimée* entre ce fragment inférieur et *une esquille du tibia :* la compression exercée sur elle avait même été si forte qu'au-dessous son calibre avait diminué de moitié.

Une particularité importante que je dois mentionner, c'est que l'*artère nourricière du tibia* avait un volume double de son volume normal, et qu'elle venait s'ouvrir, par de nombreuses ramifications que l'injection avait remplies, à l'extrémité du fragment supérieur du tibia.

Réflexions. — La variété, je dirai même la bizarrerie des symptômes que ce malade a présentés, a dû, comme on doit le supposer, vivement éveiller l'attention de ceux qui l'ont observé. Je n'énumérerai pas toutes les opinions émises sur la cause des phénomènes signalés plus haut ; je me contenterai de les rattacher à deux principales. Les uns — et je dois dire que j'étais de ce nombre — ayant égard : 1° à la présence d'une tumeur survenue à la suite d'une fracture très-irrégulière des deux os de la jambe ; 2° aux diverses hémorrhagies qui avaient eu lieu, et qui avaient nécessité l'emploi d'une compression soutenue de la fémorale ; 3° enfin à la présence de ce double bruit de souffle qui ressemblait si bien au bruit à double courant des anévrysmes artérioso-veineux, pensèrent qu'il s'agissait d'une lésion de ce genre, que les fragments osseux avaient bien pu diviser en même temps une des artères de la jambe et sa veine satellite, et qu'une communication existant entre les deux vaisseaux fournissait une explication suffisante des symptômes. D'autres, et surtout M. le professeur Chaumet, sans repousser l'opinion précédente, crurent plutôt à une transformation érectile du tissu osseux au niveau de la fracture.

Les diverses lésions que l'examen anatomique a fait découvrir dans la jambe de ce malade ont démontré suffisamment qu'aucune de ces opinions n'était juste. Mais peut-on, après l'examen de ces lésions, se rendre compte des symptômes observés.

Et d'abord d'où venait le sang de l'hémorrhagie ? J'ai dit que l'ar-

tère nourricière du tibia avait un volume double de son volume normal, et que cette artère allait s'ouvrir par des ramifications nombreuses très-fines dans le fragment supérieur de cet os. Il est bien évident que c'était par elle que le sang était fourni, et que c'était ce sang, accumulé peu à peu par suite du petit volume de l'artère, qui constituait la tumeur qui s'étendait de la partie externe à la partie interne de la jambe. Ne pourrait-on pas admettre également que les fragments du tibia ne présentant aucun travail de consolidation, il pouvait se faire à leur extrémité une exsudation sanguine qui aurait contribué au développement de la tumeur? Je n'émets cette opinion qu'avec la plus grande réserve.

Une seconde question à résoudre est celle-ci : Par quoi étaient formés le bruit de souffle râpeux unique et le bruit de souffle double que l'on entendait dans des points distincts de la tumeur?

Quoiqu'il n'existât dans cette tumeur aucun mouvement d'expansion, ces bruits avaient été attribués à l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux. Mais j'ai dit que les vaisseaux ne présentaient aucune lésion, aucune solution de continuité ; on ne peut donc invoquer pour les expliquer une lésion que l'anatomie pathologique a démontré ne pas exister. Mais tout le monde sait que rien n'est plus facile que de produire un bruit de souffle en auscultant une artère : il suffit pour cela de comprimer légèrement le vaisseau avec le stéthoscope. Que de fois j'ai vu des médecins peu attentifs trouver un bruit de souffle carotidien chez des personnes chlorotiques, alors que ce bruit n'existait nullement, et qu'il n'était produit que par la compression qu'ils exerçaient sur l'artère carotide! La disposition des vaisseaux rend parfaitement compte des bruits observés chez ce malade, bruits qui étaient dus, selon moi, à une compression multiple exercée sur les vaisseaux.

J'ai dit, en effet, que le double bruit ne s'entendait que dans un *espace très-limité* et dans un point correspondant à la réunion des deux fragments du tibia ; or, dans ce point, l'artère tibiale antérieure subissait deux points de compression, l'un au niveau du fragment supérieur, l'autre au niveau du fragment inférieur. Cette double compression ne rend-elle pas compte du phénomène? Une expérience bien simple, que j'ai répétée à la clinique du professeur Chaumet, pour démontrer cette manière de voir, consiste à presser sur une artère dans deux points différents et à une certaine distance l'un de l'autre, à appliquer le stéthoscope entre les deux points : on entendra un bruit double absolument semblable à celui que présentait ce malade.

Cette explication une fois admise, on sera forcé d'admettre que le

bruit râpeux unique que l'on distinguait à la partie inférieure et externe de la jambe était dû à la compression de l'artère péronière.

La conséquence pratique que l'on peut tirer de ce fait, c'est que le bruit à double courant ne sera pas toujours caractéristique de l'anévrysme artérioso-veineux, puisqu'il peut être produit par une compression multiple exercée sur un vaisseau.

En présence d'un fait semblable et en admettant la possibilité d'une transformation érectile du tissu osseux, ou l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux, quelle devait être la conduite du chirurgien?

Il n'y avait que deux moyens à mettre en usage : l'amputation ou la ligature. Dans le cas d'une transformation érectile, l'amputation était le seul moyen auquel on pût songer. Mais en admettant l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux, devait-on amputer ou faire la ligature? Le professeur Chaumet m'ayant fait l'honneur de me demander mon opinion sur le moyen à employer, je rejetai la ligature.

Voici sur quelles raisons je m'appuyai : La forme de la tumeur, qui s'étendait de la partie externe et inférieure de la jambe jusqu'à sa partie interne et supérieure, ne permettait pas de déterminer sur quel vaisseau la lésion avait porté. Etait-ce sur la tibiale antérieure? était-ce sur la péronière, sur la tibiale postérieure? Il était impossible de le déterminer avec précision. La ligature aurait donc été pratiquée nécessairement sur l'artere fémorale, et alors la rapidité avec laquelle la circulation se serait rétablie aurait ramené les choses à leur état primitif. L'amputation était donc, suivant moi, le seul moyen à mettre en usage. L'anatomie pathologique est venue, je crois, le démontrer d'une manière suffisante.

Séance du 11 mai 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg fait parvenir à la Société de chirurgie un exemplaire des 51 thèses qui ont été soutenues devant cette faculté du 1er janvier au 31 décembre 1858. Des remercîments sont adressés à M. le doyen de la Faculté de Strasbourg pour cet envoi important.

— M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Marjolin, une observation manuscrite de luxation dans la fosse obturatrice. M. le secrétaire général donnera lecture de cette observation dans une prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, donne lecture d'une observation de corps fibreux et de polypes utérins.

Cette observation peut être résumée dans le sommaire suivant : *Expulsion spontanée d'un corps fibreux de l'utérus ; polypes fibreux et muqueux de la cavité utérine se reproduisant sans cesse ; ablation des polypes ; perforation et renversement de l'utérus, suivi de gangrène de la totalité du corps ; guérison momentanée ; repullulation des polypes muqueux sur le col, qui lui-même devient le point de départ d'une énorme tumeur* ; *mort.*

Voici, du reste, une analyse de l'observation.

La malade, âgée de 65 ans, rendit spontanément, après une série d'accidents graves, une énorme tumeur fibreuse le 26 février. Jusqu'au 14 avril la malade paraissait guérie, lorsque de nouveaux accidents survinrent. On reconnut qu'une masse considérable de petites tumeurs allongées, lisses, indépendantes les unes des autres, étaient insérées sur le col; se prolongeant jusque dans la cavité de la matrice. Ces tumeurs, étant formées de tissus muqueux, variaient de volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. On put enlever un assez grand nombre de ces tumeurs sans déterminer d'hémorrhagie.

Le 24 avril on procéda à l'arrachement de la presque totalité de ces tumeurs, et l'intérieur du corps utérin fut fortement cautérisé avec le nitrate d'argent.

Le 10 mai la repullulation avait été telle qu'une nouvelle opération dut être pratiquée.

Le 24 juin on perçoit de nouvelles tumeurs. La malade se plaint de douleurs et de pesanteurs ; l'orifice du col, toujours assez dilaté pour laisser pénétrer le doigt, rend l'exploration de la cavité utérine assez facile pour qu'on puisse reconnaître toujours la présence de nombreuses tumeurs.

Le 30, une tumeur plus volumineuse s'implantant au fond de l'utérus s'engage dans le col. On la saisit avec des pinces pour l'amener au dehors, mais elle se déchire. M. Notta se décida alors à la broyer sur

place ; les débris que l'on examine ont l'aspect des tumeurs fibreuses ; la gangrène s'est en partie emparée de cette tumeur.

La malade se rétablit assez bien pour venir à Paris le 10 juillet et consulter M. Cloquet, qui la considère comme guérie.

Mais le 7 août nouvelle tumeur encore intra-utérine, que M. Notta enlève encore par fragments. L'apparente guérison se maintint jusqu'en novembre; où l'on dut encore enlever une tumeur de même nature.

Le 17 février les accidents deviennent plus graves, les douleurs intolérables ; nouvelle ablation de nombreuses tumeurs.

Le 26, après avoir été soulagée quelques jours, la malade est reprise de douleurs, de vomissements, etc. Le col, largement dilaté, laissait passer une tumeur du volume d'un œuf de dinde. On l'enleva, mais on reconnut qu'il en existait une autre dans le corps. En essayant de l'arracher, l'utérus fut complétement renversé et amené au dehors, de telle façon que l'opérateur put enlever de nombreuses productions fibreuses qui naissaient sur cette face interne. Pendant cette opération M. Notta s'aperçut qu'il avait perforé le fond de l'utérus. On laissa l'organe renversé, et la malade, qui avait perdu une assez grande quantité de sang (250 grammes), fut replacée dans son lit.

Tout se passa bien, et le 1er mars la malade put se lever.

Le 3, on reconnaissait la présence du corps de l'utérus renversé dans le vagin.

Le 20 avril, la malade paraît tout à fait rétablie. En examinant au spéculum, on ne trouve plus l'utérus ; le vagin se termine par un cul-de-sac au fond duquel apparaît une petite surface déprimée, rouge, irrégulièrement arrondie. Cette petite tumeur est très-mobile, du volume d'une noix. C'est tout ce qui reste de l'utérus, que l'on ne retrouve plus, malgré toutes les explorations.

Le 25 août, sur ce débris utérin apparaissent de nouveaux polypes.

Le 1er septembre, on étrangle dans une ligature ces nouvelles productions, qui tombent le 6.

Le 18 janvier, nouvelles tumeurs plus volumineuses : ligature et cautérisation.

Dès le 23 la malade se lève.

Le 25 mars, récidive, opération, guérison apparente jusqu'au 5 mai, où une nouvelle opération est devenue nécessaire.

Le moignon utérin, dès cette époque, acquiert un volume qui va en augmentant jusqu'à la fin de juillet. En septembre, il était devenu énorme, remontant jusqu'au détroit supérieur.

Cet accroissement continue, et, en janvier, la tumeur remontait dans l'abdomen jusqu'aux fausses côtes. En même temps se montrent des accidents graves : hémorrhagie, vomissements, etc. De nouveaux polypes en grappe remplissent le vagin.

Le 21 février, la malade succombait.

M. Notta fait suivre son observation des réflexions suivantes :

Nous allons maintenant résumer les diverses phases de cette longue observation, en insistant sur les points qui méritent de fixer l'attention.

Au milieu de la santé la plus florissante survient, sans cause appréciable, chez une femme de soixante-trois ans, un malaise qui, s'accompagnant bientôt de douleurs utérines, est suivi au bout de quelques jours, après un travail comparable à celui de l'accouchement, de l'expulsion des deux lobes d'une tumeur fibreuse, sphacélée.

Quoique, d'après son volume, il ne fût pas douteux que l'origine de ce corps fibreux datât de plusieurs années, il s'est développé à l'insu de la malade et sans donner lieu à d'autres symptômes qu'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, dont elle fait remonter le début à trois ou quatre ans. Pendant toute cette période il n'y a eu aucune hémorrhagie. L'absence de ce symptôme, ordinairement si fréquent, s'explique par l'évolution de la tumeur dans l'épaisseur même des parois de l'utérus, après la cessation des règles.

Néanmoins, pendant les quatre derniers mois, soit que le corps fibreux se fût rapproché de la cavité utérine et y eût pénétré, soit qu'il fût déjà le siége d'un commencement d'altération pathologique, un écoulement séro-sanguinolent se manifesta; puis, sous l'influence d'une inflammation de ces plexus veineux si nombreux dans ces tumeurs, la gangrène s'en empara, et l'utérus, irrité par la présence de ce produit morbide, l'expulsa de sa cavité.

Cette expulsion spontanée des corps fibreux de l'utérus, que M. Cruveilhier a si bien décrite dans son *Traité d'anatomie pathologique* (tome III), est assez rare pour que beaucoup de praticiens, très-répandus d'ailleurs et exerçant depuis longtemps, ne l'aient point observée. Boyer n'en parle pas. Et cependant on en trouve dans Levret (*Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, etc.*, 1771, p. 44 et suiv.) quelques exemples suffisamment détaillés pour prouver que le fait avait été déjà observé, bien que l'explication qu'il en donne ne soit pas satisfaisante.

Dans des cas semblables, le rôle du chirurgien se borne à surveiller cette espèce d'accouchement, à modérer l'hémorrhagie si elle est

trop abondante, en favorisant la dilatation du col par le tamponnement ; à seconder les contractions utérines par des tractions modérées ; en un mot, à venir en aide à la nature, suivant les indications.

Après l'expulsion de ce corps fibreux, l'examen le plus minutieux, fait par M. Nélaton lui-même, ne fait constater dans l'utérus la présence d'aucune autre tumeur. Il y a bien un peu d'augmentation de volume, mais cet organe n'est pas encore complétement revenu sur lui-même ; il y a donc lieu de croire que la malade est guérie. Cependant, au bout d'un mois de calme complet, au commencement d'avril 1856, survient un écoulement séro-sanguinolent, accompagné de coliques utérines. Nous entrons maintenant dans une nouvelle phase de la maladie. Des tumeurs muqueuses, pédiculées, remplissent l'utérus et viennent faire saillie dans le vagin à travers le col dilaté. Pendant près de trois mois, à cinq reprises différentes, ces grappes muqueuses sont détruites, tant à l'extérieur du col qu'au fond de l'utérus, où je vais les chercher avec des pinces à mors plats et larges. Après chaque opération, les coliques cessent, l'écoulement se tarit, le col se referme, l'utérus revient sur lui-même : la malade est soulagée pour un temps, qui varie entre huit jours et trois semaines ; puis les grappes muqueuses se reproduisent et donnent lieu aux mêmes accidents, jusqu'à ce qu'une nouvelle opération ramène un soulagement momentané.

A la fin du mois de juin, ce ne sont plus ces grappes muqueuses qui remplissent l'utérus, mais bien des végétations fibreuses ramollies. A trois reprises différentes, séparées par un intervalle d'un ou de plusieurs mois, j'en enlève chaque fois une masse considérable. La dernière opération ne procure qu'une amélioration passagère, car bientôt les douleurs se reproduisent. Enfin, après deux mois de souffrances presque continuelles, une masse considérable de grains muqueux est extraite, mais sans amener de soulagement et de diminution marquée dans le volume de l'utérus. Huit jours après, une nouvelle tumeur fibreuse était engagée dans le col. Cette fois l'opération fut complète : l'utérus, renversé comme un doigt de gant, nous permit d'explorer toute sa surface interne, et nous donna la clef de tous les accidents éprouvés par la malade. Ainsi au fond de l'utérus était une sorte de frange fibreuse présentant un bord libre, auquel étaient appendus une multitude de petits grains muqueux rudimentaires, semblables à ceux qui avaient été extraits précédemment. C'était là qu'ils se reformaient sans cesse, et on conçoit combien il eût été difficile de les détruire complétement sans renverser l'utérus.

A côté de cette frange fibreuse se trouvaient deux polypes fibreux :

l'un à base large, l'autre à pédicule étroit, implanté au fond même de l'utérus. Ce sont ces polypes dont, à plusieurs reprises, on avait enlevé des portions considérables qui se reproduisaient avec tant de rapidité.

Cette variété de polypes a été désignée par Levret sous le nom de polypes *vivaces*. Il les regarde, mais à tort, comme étant des végétations s'élevant de quelque ulcère de l'intérieur de la matrice. Il avait renoncé à leur extirpation, les ayant vus repulluler à mesure qu'il les retranchait (*Mém. acad. de chirurg.*, p. 589, t. III, édit. in-4°). En effet, pour guérir notre malade, il fallait complétement détruire les racines des polypes. Or les points d'implantation étaient si nombreux et présentaient une surface si large qu'il était impossible de les détruire sans renverser l'utérus. Déjà dans les opérations précédentes j'en avais eu l'intention, mais le tissu fibreux était tellement friable qu'il se déchirait sous l'action des pinces, et ne supportait aucune traction énergique. J'avais essayé d'employer des espèces de curettes, mais j'y renonçai bientôt, obtenant un meilleur résultat de pinces à mors larges et plats, qui broyaient le tissu fibreux et me permettaient de nettoyer aussi complétement que possible la cavité de l'utérus; et la meilleure preuve, c'est qu'après chacune de ces opérations la matrice revenait sur elle-même, conservait à peine une augmentation de volume, à tel point que M. le professeur J. Cloquet, qui vit la malade huit jours après une de ces opérations, n'hésita pas à la regarder comme guérie.

Lors de la dernière opération, le col était plus dilaté, plus ramolli qu'il ne l'avait jamais été : le polype fibreux engagé dans sa cavité présentait de la résistance; aussi me fut-il possible d'obtenir le renversement de l'utérus, et d'enlever tout le tissu fibreux qui végétait à sa surface interne. Puis, ayant reconnu que j'avais perforé le fond de l'utérus dans l'étendue de 1 centimètre carré, je me demandai quel était le meilleur parti à prendre : fallait-il réduire l'utérus ou le laisser renversé?

Bien que les végétations fibreuses eussent été complétement excisées, on pouvait encore légitimement craindre leur reproduction. Je pensai qu'en laissant l'utérus renversé les modifications apportées dans sa nutrition pourraient mettre à l'abri d'une récidive, et que dans le cas où elle surviendrait néanmoins l'opération ne présenterait aucune difficulté et permettrait de détruire jusqu'aux dernières racines du mal. D'ailleurs l'âge de la malade la mettait à l'abri de ces hémorrhagies

graves que l'on observe chez les femmes atteintes de renversement de l'utérus; alors qu'elles ont encore leurs règles.

Enfin, je me demandai si l'espèce de canal formé par l'utérus renversé, dont les parois devaient être maintenues en contact par la contraction du col; je me demandai, dis-je, si ce canal, qui éloignait la perforation utérine de la cavité péritonéale et la plaçait dans un point très-déclive, ne mettait pas la malade dans des conditions plus favorables pour éviter la péritonite.

Toutes ces considérations réunies m'empêchèrent de réduire l'utérus, et je n'ai point eu à m'en repentir. Le corps de l'utérus; comprimé par le col comme par une ligature; s'est sphacélé sans donner lieu à aucun accident.

J'ai suffisamment insisté, à plusieurs reprises, dans le cours de l'observation, sur les divers signes qui démontraient l'absence du corps de l'utérus, et qui prouvaient que nous n'avions pas eu affaire ici à une réduction spontanée comme on en observe quelquefois. Je ne reviendrai donc pas sur ce point.

La malade privée d'utérus pouvait être considérée à l'abri d'une récidive.

En effet, pendant les trois mois qui suivirent, la santé redevint excellente. Mme D... n'éprouvait aucune pesanteur dans le bas-ventre; il n'y avait aucun écoulement vaginal; en un mot, elle se portait aussi bien qu'avant les accidents qu'elle venait d'éprouver.

Cependant, en juillet 1857, c'est-à-dire au commencement du quatrième mois, un léger écoulement séro-sanguinolent apparaît; en même temps, la malade accuse un sentiment de tiraillement, de pesanteur dans le bas-ventre, mais il n'y a plus de coliques utérines. Deux mois après l'apparition de ces symptômes, à la fin d'août, sous l'influence d'une course assez longue, une tumeur du volume d'une orange vient faire saillie hors de la vulve. Elle est formée par une multitude de polypes muqueux allongés, s'implantant comme une sorte de houppe à la surface du reste du col de l'utérus. De sorte que nous constatons l'existence d'un renversement du vagin, et qu'il nous est facile de nous rendre compte de l'absence du corps de la matrice. Nous avons donc affaire à des lésions de même nature que précédemment; mais, en raison même de leur situation anatomique, les symptômes sont modifiés. Ce sont encore des polypes muqueux donnant lieu à un écoulement séro-sanguinolent, à une sensation marquée de pesanteur, mais ne déterminant plus ces douleurs d'accouchement si pénibles pour la malade. C'est que maintenant il n'y a plus d'utérus : ces polypes sont extérieurs, ils sont

implantés sur la petite portion du col utérin qui est restée, et, chose bien remarquable, nous allons voir cette portion du col de la matrice, qui jusque-là était restée étrangère à la maladie, présenter la même série d'accidents que le corps de l'utérus.

Nous n'avons encore qu'une masse de polypes muqueux implantée sur le moignon du col utérin, ayant par son poids produit le renversement du vagin et faisant saillie au dehors. Le col n'est pas hypertrophié. Une ligature fut appliquée au delà du point d'implantation des polypes, et, sauf quelques légers accidents de péritonite, qui furent enrayés dès le début, au bout de quelques jours la malade fut débarrassée de ses polypes, et put encore se croire guérie. Le vagin réduit ne tend plus à sortir au dehors; plus d'écoulement, plus de pesanteur dans le bas-ventre.

Au bout de deux mois et demi, ces mêmes accidents se reproduisent, et indiquent la formation de nouveaux polypes muqueux. A l'aide du spéculum, nous suivons leur évolution, et en moins d'un mois ils forment une masse du volume d'une orange de grosseur moyenne. Par leur poids ils abaissent le col, et viennent faire saillie à l'extérieur. Cette fois, nous constatons, outre les polypes, une augmentation de volume, une hypertrophie du moignon utérin; il a au moins doublé de volume depuis la dernière opération, c'est-à-dire depuis quatre mois. M. Fortin (d'Evreux) et moi nous attaquons les polypes muqueux par le caustique de Vienne solidifié.

La cautérisation fut énergique; nous agissions à ciel ouvert, et cependant au bout de deux mois, le 23 mars, de nouveaux polypes muqueux s'étaient reproduits. Il semble que nos tentatives pour les détruire ne font qu'activer leur reproduction; en effet, nos cautérisations deviennent de plus en plus rapprochées. Puis il y a comme un temps d'arrêt; pendant quatre mois nous n'avons plus de polypes muqueux, et partant plus d'écoulement séro-sanguinolent. Mais le sentiment de pesanteur augmente de jour en jour, et l'augmentation de volume du corps de l'utérus fait des progrès effrayants : ainsi, au commencement de mai, le col, qui pouvait être amené à fleur de la vulve pour être cautérisé, a acquis à la fin de juillet, c'est-à-dire en trois mois, un volume tel qu'il remplit tout le petit bassin, dans lequel il est comme enclavé, et il comprime la vessie au point de nécessiter le cathétérisme, et déborde la symphyse pubienne de deux travers de doigt.

Sous l'influence du repos le cours des urines se rétablit, mais la miction reste plus fréquente qu'à l'état normal. Plus tard, lorsque la tumeur eut pris des proportions plus considérables, trouvant un point

d'appui sur le détroit supérieur, elle ne comprimait plus la vessie, les besoins d'uriner redevinrent normaux, et le sentiment de pesanteur disparut.

Cette hypertrophie du col se développait à l'insu de la malade, sans autres symptômes que ceux que nous venons d'énumérer et qui sont purement mécaniques ; l'appétit ne diminuait pas, l'embonpoint se soutenait, le facies était bon, nullement cachectique, lorsque vers le milieu de septembre l'écoulement séro-sanguinolent, qui depuis quatre mois n'existait plus, reparut, et au spéculum nous trouvâmes une grappe de polypes muqueux implantée sur la portion vaginale du col. Le col est situé profondément, et il est impossible de l'abaisser. La cautérisation de ces polypes devient par conséquent fort difficile et fort incomplète ; la tumeur abdominale remonte déjà à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Deux mois après, en novembre, elle dépasse l'ombilic, et à la fin de décembre elle s'élève jusque sous le rebord des fausses côtes, sous lesquelles elle s'enfonce. Dès lors l'existence de la pauvre malade n'est plus qu'une longue agonie ; affaiblie d'une part par un écoulement séro-sanguinolent abondant, de l'autre part par des vomissements bilieux et alimentaires, elle maigrit de jour en jour, la fièvre hectique s'allume, et elle s'éteint le 21 février 1859, trois ans après le début des accidents, bien amaigrie, bien anémique, mais ne présentant pas cette teinte particulière que l'on observe chez les cancéreux.

Cette tumeur, qui remplissait une partie de l'abdomen, ayant au moins le volume de la tête d'un adulte, n'a pas mis plus de dix mois à acquérir ces énormes proportions. Bien qu'il ne m'ait pas été donné d'en vérifier la nature par l'autopsie, il me semble qu'il n'est peut-être pas impossible de la déterminer.

La rapidité de son développement pourrait faire croire à une tumeur cancéreuse. Cependant, si nous comparons cette dernière phase de la maladie avec la première, nous voyons la portion restante du col utérin jouir de la même propriété végétative, si je puis m'exprimer ainsi, que le corps de l'utérus. Ainsi sa surface muqueuse donne naissance à des polypes muqueux semblables à ceux que nous avons extraits de la cavité utérine ; d'un autre côté, son tissu propre s'hypertrophie, et donne naissance à un ou plusieurs corps fibreux, qui, se confondant, forment la tumeur observée pendant la vie.

On peut, il est vrai, objecter qu'une masse fibreuse aussi volumineuse met plus de dix mois à acquérir un volume aussi énorme ; mais rappelons-nous ce qui se passait dans le corps de l'utérus avant qu'il

eût été détruit : un ou deux mois suffisaient pour amener la formation de masses fibreuses du volume du poing, masses fibreuses dont la nature ne saurait être contestée, qui n'ont pas été seulement examinées par moi, mais dont plusieurs échantillons ont été soumis à MM. Nélaton et J. Cloquet, qui n'ont pas hésité un instant à leur reconnaître tous les caractères du tissu fibreux. Si donc nous tenons compte de la rapidité de l'évolution de ces masses fibreuses dans l'utérus, le développement rapide de celles du col ne doit plus nous surprendre.

Je n'ai pas fait de ponction exploratrice pour m'assurer que la tumeur abdominale n'était point un kyste ; mais la dureté de la tumeur, l'absence de fluctuation à toutes les époques de son développement, son aspect bosselé lorsqu'elle ne dépassait le pubis que de trois à quatre travers de doigt; enfin son évolution, que nous avons suivie pas à pas, et qui nous a permis de constater qu'au début elle était uniquement constituée par l'hypertrophie du col ; tous ces motifs suffisent, je pense, pour faire rejeter l'existence d'un kyste.

Des considérations qui précèdent, il me semble qu'on peut s'arrêter à l'idée d'une tumeur de la même nature que celles qui se reproduisaient incessamment dans le corps de l'utérus, par conséquent, d'une dégénérescence fibreuse, mais de nature particulière, tant à cause de la rapidité de son développement que de sa persistance à se reproduire dans les diverses parties de l'utérus.

La marche si remarquable, et je puis dire si imprévue de cette maladie, dont je n'ai pu trouver l'analogue dans les auteurs ou dans les recueils périodiques, m'a déterminé à la décrire minutieusement, afin d'appeler l'attention des chirurgiens sur une affection encore mal connue de nos jours.

Après la lecture de l'observation dont nous avons donné une rapide analyse, et des réflexions que nous transcrivons textuellement, plusieurs des membres de la Société demandent quelques nouveaux détails.

M. Notta répond que toutes les questions qui lui sont soumises sont résolues dans le cours de l'observation ; seulement il avoue que, pour leur donner toute la valeur qu'elles devraient avoir, il manque l'analyse microscopique des tumeurs et l'autopsie.

Il est décidé que l'observation sera renvoyée au comité de publication.

Reprise de la discussion sur l'allongement des os après les amputations.

M. MARJOLIN. Dans l'avant-dernière séance, j'ai cru devoir attirer

l'attention de la Société sur un fait qui, bien que déjà observé, n'a peut-être pas été suffisamment étudié : il s'agit de l'allongement des os après quelques amputations pratiquées chez de très-jeunes sujets.

Cet allongement est de deux sortes : tantôt il n'est qu'apparent, et d'autres fois il est réel. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, la déformation du moignon se montre très-peu de temps après l'opération, et reconnaît pour cause non pas le procédé opératoire exécuté suivant les règles indiquées, mais bien l'état pathologique des parties molles. Le retrait qui s'opère alors est tel que dans un temps très-court, la plaie étant entièrement cicatrisée, l'os peut perforer un lambeau assez épais : tel a été le cas qui vous a été communiqué par M. Verneuil. D'autres fois, on n'observe pas de semblables désordres ; mais le moignon devient de plus en plus conique et finit par ressembler exactement à un fuseau : on dirait que l'os a été en quelque sorte étiré comme du verre à lampe.

Voici pour ce qui est de l'allongement apparent. Quant à ce qui est de l'allongement réel, il se fait plus lentement ; il faut des mois, des années. Comme exemple, je mets sous vos yeux le moule de la jambe d'une jeune fille amputée l'an passé. Chose singulière ! ici c'est le péroné seul qui s'est accru de près de trois centimètres. Je ne nie pas que l'appareil prothétique n'ait pu favoriser la conicité du moignon ; mais ce qui est certain, c'est qu'il y a eu là un phénomène très-important à constater, la croissance inégale des deux os. Ce fait a paru tellement inexplicable à M. Richet, qu'il a cru pouvoir en trouver la cause dans la section souvent inégale des deux os de la jambe. Pour un instant, j'accorde que je n'aie pu éviter cet écueil ; mais aurais-je eu une aussi grande différence entre le trait de scie portant sur le péroné et le tibia ? Ce n'est pas probable. Faut-il admettre une modification dans l'articulation du péroné ? M. Richet a cité des faits à l'appui de cette idée ; aussi faut-il en tenir également compte. Mais malgré ces objections, je persiste à croire que cet allongement anormal est la conséquence et de l'accroissement physiologique et d'un état pathologique de l'os. Ainsi, en examinant avec soin le moignon de l'enfant, on voit que le péroné est presque aussi volumineux que le tibia ; c'est donc un état anormal.

Maintenant, comme, malgré ce fait, on pourrait encore nier l'accroissement inégal des deux os d'un même membre lorsque l'un d'eux est malade, j'ai cru devoir vous présenter un jeune garçon ayant eu une ostéite du tibia suivie de nécrose ; or voici ce qu'on observe sur

ce jeune sujet : le tibia malade porte 0,31 de longueur, et celui du côté sain 0,26 1/2 ; les deux péronés donnent 0,26.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'allongement signalé par M. Marjolin me paraît pouvoir s'expliquer de la manière suivante : le tibia a pu, d'une part, perdre par nécrose une partie de son extrémité ; d'autre part, l'extrémité du péroné a pu, à la suite de l'inflammation, s'accroître par une véritable végétation osseuse, comme cela a été vu bien souvent. J'en ai montré un exemple à la Société, et M. Houel pourra dire qu'il s'en rencontre plusieurs faits dans le musée Dupuytren. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'un allongement réel.

M. RICHET. Des deux malades de M. Marjolin, un seul est vraiment intéressant. Ainsi, le cas d'allongement de la totalité de l'os par ostéite rentre dans la catégorie des faits parfaitement connus. Quant à l'autre, il mérite sans doute d'être examiné ; mais nous commencerons par rectifier les mesures indiquées par M. Marjolin. Il s'agissait primitivement de 4 centimètres ; aujourd'hui notre confrère borne cet allongement à 3 centimètres, et en réalité nous ne trouvons qu'un centimètre et demi. Mais nous ferons remarquer que l'extrémité ainsi saillante est en même temps accrue en volume. Il me paraît s'être développé une espèce d'ostéophyte, et, de plus, l'extrême mobilité de l'os semble indiquer que la jonction péronéo-tibiale est altérée ; il y a diastasis très-marqué. On peut encore admettre un autre élément pour expliquer ce débordement du péroné, c'est que la section des os aurait pu être faite d'une façon inégale.

M. MARJOLIN. Je commencerai par certifier qu'il n'y a pas eu de nécrose du tibia ; cet accident est, du reste, très-rare chez les enfants. Quant à l'inégalité de la section, elle n'est pas admissible à ce degré.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que la nécrose a pu échapper à l'observation de M. Marjolin, si elle s'est produite insensiblement. Il ajoute qu'il ne partage pas l'opinion de M. Richet sur la maladie de l'articulation péronéo-tibiale, aucun symptôme n'en ayant indiqué la présence.

Quant à l'allongement par ostéophyte, c'est loin d'être un fait nouveau ; Louis en a parlé.

M. CHASSAIGNAC. L'allongement des os après l'amputation doit être pris en grande considération, si réellement il existe. Aussi devions-nous attendre, pour appuyer cette observation, des faits assez nombreux pour nous permettre de l'admettre ; mais, il faut le dire, nous les attendons encore. Les causes d'allongement signalées paraissent

suffisantes pour expliquer l'exemple donné. Et quant à présent, nous ne voyons aucun motif de considérer comme un fait démontré cet accroissement de l'os, qui, s'il était exact, devrait modifier d'une manière bien marquée les préceptes suivis dans les amputations.

M. BROCA. Je ne m'explique pas la répugnance que paraissent éprouver nos collègues pour admettre l'accroissement de l'os. Je dois avouer que je n'ai encore vu aucun fait bien significatif dans ma propre pratique. Mais M. Guersant, qui a fait de nombreuses amputations chez les enfants, admet cet allongement; et en partageant son opinion, je ne vois pas que les idées physiologiques en puissent être renversées.

Dans l'enfance, les choses se passent autrement que chez l'adulte, et, contrairement à l'opinion de M. Richet, qui s'appuie sur cette idée, que les os ne croissent qu'entre la diaphyse et l'épiphyse, je pense, avec Duhamel, que l'os croît également par son corps, et rien n'empêche d'admettre que cet accroissement peut se faire après l'amputation. Je dirai plus; en m'en tenant à l'opinion de M. Richet sur le mode d'accroissement de l'os, l'allongement s'explique encore mieux. Si, en effet, l'allongement de l'os se fait par les deux extrémités d'une façon égale, n'est-il pas admissible que dès qu'une des sources de cet allongement reste, et que la portion d'os laissée au malade ne représente plus que la moitié de cet os, ce fragment peut cependant croître d'une façon d'autant plus apparente qu'il est plus court, puisqu'il a conservé pour lui seul la source qui devait suffire à l'accroissement de la moitié de l'os.

M. CHASSAIGNAC trouve bien légitime la répugnance que l'on montre à admettre cet allongement, qui ne lui semble pas démontré, parce qu'avec l'admission de ce fait on est forcé de modifier les lois des amputations.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce qui doit faire considérer l'allongement signalé comme un fait purement pathologique, c'est que dans les exemples cités on a vu l'accroissement ne s'effectuer que sur un des os. A quoi pourrait-on attribuer cette différence, si vraiment il s'agissait d'un accroissement physiologique?

M. VERNEUIL, tout en reconnaissant que la démonstration du fait signalé est encore à faire, n'éprouve pas plus de répugnance que M. Broca à en admettre la possibilité.

M. MARJOLIN est heureux d'avoir soulevé cette question; elle mérite de fixer l'attention de la Société. Les faits ne sont pas encore nom-

breux; mais sans doute, si M. Guersant avait assisté à la séance, il aurait pu en augmenter le nombre.

Répondant à M. Morel-Lavallée, il persiste à dire qu'il n'y a pas eu de nécrose; et sur un nombre considérable d'amputations chez les enfants, il n'en a rencontré que très-rarement.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 18 mai 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. GUERSANT, dont l'autorité avait été invoquée dans la discussion sur l'allongement des os après les amputations, dit que plusieurs fois il a dû pratiquer des résections des extrémités osseuses sur des amputés opérés ou par d'autres chirurgiens ou par lui-même. Ces derniers pourraient bien avoir dû la saillie osseuse au procédé suivi dans la section des os. J'avais le soin, dit M. Guersant, de conserver une manchette périostale qui recouvrait l'extrémité de l'os. N'est-ce pas ce périoste qui donnait naissance à une production osseuse surajoutée?

M. LABORIE demande à M. Guersant de vouloir bien donner son opinion sur la réalité de l'allongement signalé; car M. Bouvier, dans une précédente séance, avait rangé M. Guersant parmi les partisans de cet accroissement physiologique.

M. GUERSANT hésite à émettre une opinion sur ce sujet. Il est porté à croire, comme il vient de le dire, que si l'allongement a lieu, il tient peut-être à une nouvelle sécrétion du périoste.

M. MARJOLIN. M. Chassaignac demande, pour juger la question, des faits nouveaux; j'ai encore dans mon service un jeune malade affecté de nécrose du tibia : cet os est parfaitement allongé.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce fait nouveau de M. Marjolin n'a aucun rapport avec la question en discussion. Tout le monde reconnaît qu'un os malade peut s'accroître en longueur aussi bien qu'en largeur.

M. CHASSAIGNAC après avoir, de même que M. Morel-Lavallée, repoussé comme tout à fait en dehors de la question la nouvelle observation de M. Marjolin, insiste sur le peu de chemin fait par les partisans de l'allongement, qui sont même abandonnés par M. Guersant, dont on avait invoqué l'appui.

Revenant ensuite à la question de la nécrose, M. Chassaignac dit qu'il n'a jamais vu qu'une extrémité osseuse baignant dans le pus n'ait pas subi de nécrose, et il en appelle à M. Guersant sur ce point.

M. GUERSANT répond que dans les cas de réunion par première intention la règle presque générale est qu'il n'y a pas de nécrose; mais dans les cas contraires on la rencontre presque constamment.

M. MOREL, rappelant les observations de Tenon, dit que, même sans qu'il y ait de suppuration, il est reconnu que les os perdent de leur volume lorsqu'ils ont été dépouillés de leur périoste; ils présentent une véritable déperdition de substance.

M. BROCA demande à répondre à M. Chassaignac et à M. Morel-Lavallée sur la question soulevée relativement à la nécrose. Mais M. le président propose que cette question incidente soit mise à l'ordre du jour et traitée après les autres sujets inscrits pour cette séance. Cette proposition est adoptée.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la première séance la Société se formera en comité secret à 4 h. et demie pour entendre le rapport du bureau sur la nomination des membres correspondants.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu une brochure intitulée : *De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale*, par M. le docteur Collongues. Paris, 1859, in-8°.

— M. le professeur Ad. Hannover, membre correspondant de la Société à Copenhague, envoie un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Statistiske undersögelser af Lægevidenskabeligt Indhold.* Copenhague, 1858, in-8°.

— M. Huguier dépose sur le bureau un exemplaire de sa *Réponse faite aux objections de M. Depaul sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.* Paris, 1859, in-4°.

— M. Larrey fait don à la Société de la collection complète du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine* depuis 1850 jusqu'à ce jour.

COMMUNICATION.

Calcul volumineux logé dans la portion prostatique de l'urèthre. Rétention d'urine, extraction du calcul. — M. HUGUIER communique une observation sur ce sujet.

Le malade qui fait l'objet de cette observation, âgé de quarante et un ans, est couché au n° 33 des salles de M. Huguier.

Étant enfant, il avait une incontinence d'urine : la nuit, il urinait au lit, et le jour l'urine s'échappait souvent goutte à goutte et sans qu'il en eût conscience.

Plusieurs fois ses parents essayèrent pour le guérir de moyens capables de l'effrayer ou de piquer son amour-propre; puis, comme on leur dit qu'il pouvait bien avoir la pierre, ils ne firent plus rien pour le débarrasser de cette infirmité, qu'il garda jusqu'à l'âge de quinze ans. Du reste, il ne se souvient pas d'avoir éprouvé à cette époque des douleurs du côté des voies urinaires.

Il y a douze ans environ, il vint à Paris, et servit comme domestique dans diverses maisons.

Quelques années plus tard, il contracta une blennorrhagie, et consécutivement il eut une orchite.

Il entra alors à la Maison de santé, et, après dix-huit jours d'un traitement approprié (bains, sangsues, cataplasmes), il en sortit guéri de l'orchite, mais non complétement débarrassé de son écoulement, qui, depuis ce jour, a toujours persisté. La profession de valet de pied qu'exerce notre malade nécessitant la station debout derrière les voitures ou à l'antichambre, le défaut absolu de soins hygiéniques et les excès de boisson auxquels il se livrait, tout cela était peu fait pour le guérir.

Il n'éprouvait pourtant encore à cette époque d'autres douleurs que celles occasionnées par le passage de l'urine dans le canal lorsqu'il avait bu avec excès.

Il s'aperçut plus tard (quinze ou dix-huit mois après) que pendant la miction le jet de l'urine n'avait plus la vigueur et le volume accoutumés. A sa sortie du canal, il se bifurquait d'abord, et puis il coulait ensuite en forme de tire-bouchon.

L'excrétion de l'urine était devenue douloureuse.

D'abord le besoin s'en faisait sentir à des intervalles peu éloignés ; il était impérieux, et se changeait bientôt en une vive douleur au col de la vessie quand il n'était pas satisfait.

Tout le temps que l'urine traversait le canal, il y avait un sentiment de soulagement, et puis, aussitôt après la miction, c'était le méat urinaire qui devenait le siége d'un chatouillement pénible.

L'urine était rendue chaque fois en petite quantité ; le malade, qui ne s'inquiétait en aucune façon de son état, avait pourtant remarqué que l'urine contenue dans son vase de nuit était foncée, et qu'il y avait au fond comme un dépôt de matières blanches ou jaunâtres.

Les douleurs qui accompagnaient l'excrétion de l'urine étaient plus

ou moins vives; elles cessaient même quelquefois complétement, pour reprendre avec plus de force aussitôt après un excès de boisson.

Mais elles n'existaient pas seules : dans l'intervalle des mictions, des tiraillements douloureux se faisaient sentir dans les aines, avec une sensation de poids au périnée qui augmentait surtout après un exercice debout.

Malgré tout cela, le malade n'avait jamais consulté aucun médecin ; il n'a rien fait pour empêcher ces accidents, et jamais il n'a été sondé.

Les rapports sexuels avaient souvent lieu avec excès, et ils étaient suivis des mêmes conséquences que les excès de boisson. L'érection seule était souvent accompagnée de tiraillements douloureux dans les aines et d'ardeurs dans le canal.

Il y a douze jours, le malade a été pris, sans cause appréciable, d'une violente douleur au périnée avec impossibilité absolue d'uriner. La fièvre est survenue presque aussitôt.

Obligé de s'aliter, il a été vu par le médecin de la maison, qui le sonde avec beaucoup de difficulté, et ne donne issue par ce moyen qu'à une très-faible quantité d'urine sanguinolente. Alors, et même après avoir été sondé, les douleurs persistent très-violentes; l'envie d'uriner est continuelle, et le malade se fait sonder jusqu'à cinq ou six fois par jour sans plus de succès que la première fois. L'urine s'écoule à peu près constamment goutte à goutte, mais sans soulagement pour le malade.

Le troisième jour de ces accidents, on prescrit une application de sangsues au périnée; des bains avaient déjà été donnés ; mais, malgré l'emploi de ces moyens, la fièvre, les douleurs, la rétention d'urine continuèrent; il y avait une insomnie opiniâtre; enfin, le malade se décide à venir se faire traiter à l'hôpital.

Il arrive le 15 mai à l'heure de la visite : il est pâle, défait, en proie à une angoisse visible; depuis plusieurs jours déjà les essais de cathétérisme ne donnent issue qu'à quelques gouttes de sang, et ne font que réveiller les douleurs; l'urine, qui coule toujours par regorgement, imbibe les linges du malade, et a déterminé sur toute la peau de la verge, du prépuce et du scrotum un érythème douloureux. Le tissu cellulaire sous-préputial est le siége d'un œdème assez considérable. La verge est tuméfiée et douloureuse.

M. Huguier l'examine immédiatement, essaye de le sonder, et constate à la fin de la portion membraneuse, où le bec de la sonde est arrêté, la présence d'un calcul qui s'étend de là dans toute la région

prostatique. Le doigt introduit dans le rectum ne sent aucun corps étranger dans le fond de la vessie, mais seulement au niveau du col, dans lequel est engagé le calcul, que l'on peut assez facilement repousser en avant.

La vessie est pleine d'urine et considérablement dilatée.

M. Huguier se décide aussitôt à débarrasser le malade. On le couche sur le dos, le bassin sur le bord du lit; les cuisses, fléchies sur le bassin, sont maintenues par deux aides; un autre aide introduit son doigt dans le rectum et le recourbe sur le calcul, qu'il maintient ainsi en place.

Une incision comprenant tous les tissus jusqu'à l'urèthre est pratiquée sur la ligne médiane. L'urèthre est incisé à son tour suivant sa longueur, et le bistouri tombe alors sur le calcul.

Une sonde cannelée recourbée est introduite à la partie antérieure de la plaie, de manière à soulever le calcul et à faire basculer son extrémité antérieure, qui vient alors s'engager entre les lèvres de l'incision. Saisie avec une pince à griffes, on la tire au dehors, et une traction modérée amène bientôt le calcul tout entier.

C'est une pierre de forme ovoïde; elle est allongée et pointue à ses extrémités. Dans son plus grand diamètre, parallèle au canal de l'urèthre, elle mesure plus de 5 centimètres, et dans le sens transversal elle en a près de 4. L'épaisseur est de 2 centimètres.

L'extrémité postérieure, celle qui était engagée dans le col de la vessie, est très-pointue dans l'étendue de près de 1 centimètre, et puis elle se renfle subitement pour se confondre avec le corps du calcul. Elle surmonte tout le calcul placé verticalement à la manière d'un petit pic.

L'extrémité antérieure est moins allongée et moins pointue. Elle est creusée tout à fait en avant d'une petite dépression qui lui donne une certaine ressemblance avec un col utérin virginal.

La face supérieure, assez régulièrement convexe, ne présente pas d'aspérités.

La face inférieure, à peu près plane, est très-irrégulière. Ainsi, à l'extrémité postérieure, à la base du petit mamelon qui la surmonte, commence une petite crête saillante qui longe plus de la moitié de cette face inférieure du calcul. Cette petite crête n'est pas rectiligne; elle se recourbe un peu à droite, et de chaque côté d'elle existe une petite dépression allongée en forme de rainure ou de gouttière qui devait donner passage à l'urine.

Sur les côtés, existent de petits mamelons irréguliers.

Aussitôt après l'opération, qui s'est faite sans écoulement de sang, l'urine sort par la plaie.

Le malade est couché dans son lit, les cuisses rapprochées. Le soir, une grande quantité d'urine est sortie par la plaie. Le malade éprouve de la douleur au col de la vessie; il croit avoir besoin d'uriner et demande à être sondé. Mais la palpation et la percussion de la vessie font reconnaître la vacuité de cet organe, et on n'accède pas au désir du malade. Quelques douleurs dans les reins. La fièvre est modérée; le pouls est à 88. — Cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre.

Le lendemain, le malade souffre toujours un peu, mais beaucoup moins; la fièvre est beaucoup diminuée. La nuit a été bonne. — Continuation des cataplasmes.

Ce matin, l'urine s'écoule toujours par la plaie, mais n'est pas encore sortie par l'extrémité du canal. Les douleurs ont à peu près complétement disparu.

Une sonde est introduite et laissée à demeure dans la vessie.

M. CHASSAIGNAC demande s'il a été facile de fendre l'urèthre sur le calcul. J'ai montré, dit M. Chassaignac, un calcul de ce genre que je n'ai pu extraire qu'avec difficulté. Si on veut arriver directement sur le corps étranger, on a chance de ne pas entrer dans l'urèthre et de s'égarer. Pour éviter cet accident, je me suis servi d'un cathéter que j'ai engagé jusqu'au calcul, et en faisant saillir l'instrument, j'ai pu engager le bistouri dans sa cannelure. Dès lors je ne pouvais manquer de pénétrer dans le canal. Le calcul était formé de trois parties, qui, réunies, offraient un volume égal à celui que nous présente M. Huguier.

M. HUGUIER. Les détails de l'opération sont rigoureusement consignés dans l'observation. Je me suis également servi d'un cathéter que j'ai introduit jusqu'au calcul, et, sûr de sa direction, j'ai incisé sur le calcul.

M. DEPAUL. J'ai opéré un malade du service de M. Civiale, qui avait également un calcul logé dans la partie prostatique de l'urèthre. On n'avait pu parvenir ni à l'extraire ni à le broyer sur place.

Je fis la même opération pratiquée par MM. Chassaignac et Huguier, en me servant comme eux d'un cathéter. J'arrivai facilement sur le calcul, que je pus extraire. Mais un second calcul s'étant développé en arrière du premier, je l'enlevai également. J'explorai la vessie par mon incision, et je trouvai un nouveau calcul très-volumineux que je ne pus faire sortir qu'en agrandissant la plaie; cinq ou six autres

pierres étaient également logées dans la vessie. Le malade guérit parfaitement. Ce fait, joint à d'autres déjà connus, indique que dans un certain nombre de cas le calcul prostatique n'est pas unique, et qu'il s'en rencontre encore dans la vessie. Aussi demanderai-je à M. Huguier s'il s'est assuré de l'absence de tout calcul dans la vessie.

M. HUGUIER. L'observation de M. Depaul est tout à fait pratique, et préoccupé de la possibilité de rencontrer des calculs vésicaux, je m'étais muni des instruments nécessaires pour en débarrasser le malade. Mais l'exploration minutieuse à laquelle je me suis livré, en faisant pénétrer mon doigt jusque dans la vessie, m'a donné la certitude que cet organe ne contenait aucune pierre.

Calcul développé dans les fosses nasales. — M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

Calcul des fosses nasales, pris au début pour une névralgie, puis pour une nécrose des os du nez. Accès douloureux très-intenses et intermittents. Lithotritie en quatre séances. Expulsion du reste de la concrétion. Guérison suivie de légère difformité du nez.

La rareté de certaines lésions est certainement une des causes qui justifient jusqu'à un certain point les singulières erreurs de diagnostic dont la pratique offre des exemples. Lorsque ces erreurs sont préjudiciables aux malades, on doit s'empresser de les publier, afin qu'elles puissent au moins servir aux autres.

Une dame de trente-cinq ans environ, d'une bonne constitution et de mœurs irréprochables, me fut adressée au printemps de cette année par un de mes collègues de la Faculté, qui exerce la médecine avec la plus grande distinction. Cette dame se plaignait depuis près d'un an de douleurs insupportables dans la moitié droite de la face et dans la narine du même côté. Ces douleurs revenaient par accès deux ou trois fois par mois, en affectant les caractères de la névralgie faciale. Elles duraient deux ou trois jours, et forçaient la malade à s'aliter. Le début en était assez brusque, la décroissance assez prompte également. Pendant la durée de l'accès, le nez rougissait, ainsi que les parties attenantes, et un sentiment de brûlure, accompagné d'élancements, se faisait sentir dans la profondeur de la face, avec coryza, larmoiement, etc. Dans les intervalles, la rémission était parfois assez complète; cependant la malade mouchait souvent des matières puantes et sentait de la gêne en respirant de la narine droite. Parfois les matières rendues sur le mouchoir étaient un peu salies de sang.

L'inspection de la narine, répétée plusieurs fois, ne révéla rien. Un

certain nombre d'attaques étaient ainsi revenues. Mon confrère, après avoir essayé plusieurs moyens sans résultat, introduisit un stylet dans la narine et sentit un corps dur. C'est alors qu'il m'adressa la malade. Lors de mon premier examen, je constatai que toute la partie antérieure de la narine droite était parfaitement saine; cependant un rayon lumineux ayant pénétré profondément, je crus apercevoir, au niveau de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, un corps grisâtre. Un stylet introduit heurta bientôt contre un corps dur et rugueux, qui me parut un peu flexible, mais que je ne pus toutefois déplacer. Cette exploration fut assez pénible et provoqua un épistaxis modéré. L'odeur exhalée par les narines était très-mauvaise. Le mucus nasal était mêlé de pus et de sang. La pression sur le dos du nez étant douloureuse, je diagnostiquai un ozène avec nécrose partielle du cornet; mais toutes mes questions ne purent me faire entrevoir ni la cause ni l'origine du mal. Les diathèses scrofuleuse et syphilitique ne s'accusent par aucun signe, je crus toutefois utile de prescrire l'iodure de potassium à l'intérieur et les injections fréquentes avec la décoction de feuilles de noyer.

Je promis à la malade de lui faire l'extraction du prétendu séquestre aussitôt qu'il serait mobile. Les injections procurèrent quelque soulagement et provoquèrent l'issue d'une matière blanchâtre caséeuse, extrêmement fétide, sortant par fragments gros comme des pois ou des haricots. Trois semaines se passèrent sans grandes douleurs. Au mois de juin, accès très-long et très-pénible. Mme C... revient; je retrouve le corps dur aussi peu mobile que la première fois; je m'assure même de sa fixité en saisissant avec des pinces la partie antérieure de la concrétion. Continuation de la prescription; les accès s'éloignent et sont moins intenses. Je persiste dans mon diagnostic.

Dans les derniers jours de juin, la malade revient; je crois cette fois sentir un peu de mobilité. J'introduis dans la narine des pinces à pansement, et je saisis ce que je croyais être l'extrémité du cornet nécrosé. Le corps se déplace un peu, mais je ne puis l'entraîner en avant. Sur ces entrefaites, il se brise entre les mors de ma pince, et je retire un fragment. Le diagnostic fut sur-le-champ rectifié; ce n'était pas à un séquestre que j'avais affaire, mais bien à un calcul des fosses nasales. En effet, j'avais ramené entre les mors de la pince un corps dur, irrégulier, d'apparence calcaire, d'un blanc grisâtre, assez semblable à ces débris de calcul qui sont rendus après la lithotritie. Je renouvelai la tentative d'extraction; je saisis encore une fois et sans difficulté le corps étranger, mais je pus me convaincre qu'il était trop volumineux

pour passer par l'ouverture des narines. Je me contentai donc d'en briser encore quelques parties saillantes.

Le degré d'écartement qu'offraient dans certaines positions les branches de ma pince, indiquait que certains diamètres du corps étranger atteignaient presque deux centimètres ; dans ce cas même, il offrait une résistance trop considérable pour être broyé par la seule pression des pinces à pansement. Comme, au contraire, je pouvais saisir un instant après des portions beaucoup plus grêles, et que je faisais éclater sans peine, j'en conclus que le calcul était rameux ou au moins de forme très-irrégulière.

Deux partis restaient à prendre :

1° Procéder à l'extraction en un seul temps à l'aide d'une légère opération consistant à détacher l'aile du nez par une incision pratiquée dans le sillon nasogénal ;

2° Faire en plusieurs séances, si cela était nécessaire, la *lithotritie* de la concrétion.

Le premier moyen était plus expéditif, efficace et sans danger ; je l'ai mis en usage pour l'extirpation de polypes repullulants des fosses nasales, et au bout de quelques jours la cicatrice était à peine visible, grâce à la réunion immédiate facile. Le second moyen n'était pas moins sûr, seulement il exigeait plus de temps. On ne pouvait guère songer à briser tout le calcul en une seule séance, parce que l'introduction des instruments, et sans doute aussi les frottements exercés par les rugosités du corps étranger sur la pituitaire, détermineraient presque sur-le-champ une hémorrhagie nasale assez abondante, sans parler des douleurs vives provoquées par ces manœuvres.

Pour abréger le récit, je dirai que de quinze jours en quinze jours les séances furent répétées, et que chaque fois je ramenai bien cinq ou six fragments du volume d'un pois, sans compter les parcelles plus petites qui sortaient en assez grand nombre quand la malade se mouchait. Chaque fois aussi la malade rendait de grosses masses de cette matière caséeuse fétide dont j'ai déjà parlé, et que l'examen microscopique démontra être formée presque en totalité de cellules d'épithélium mélangées de quelques globules purulents. Je ne sais en vérité où pouvait se loger la quantité considérable de cette matière, qui fut rendue ainsi en plusieurs fois.

Aussitôt que le broiement fut commencé, l'amélioration fut considérable et les douleurs s'amoindrirent de jour en jour. La fétidité de l'haleine nasale diminua aussi notablement ; au bout de quelques heures, les souffrances provoquées par l'acte opératoire se calmaient, et la gêne

due au corps étranger dénotait à elle seule la persistance du mal. Chaque fois également que le calcul diminuait de volume par suite des pertes de substance qu'il subissait, il devenait de plus en plus difficile à saisir, car il s'échappait en arrière, où j'avais une certaine peine à l'atteindre. L'iodure de potassium avait naturellement été discontinué, mais les injections furent toujours prescrites.

La quatrième et dernière séance eut lieu à la fin d'août; je venais d'extraire trois ou quatre débris, lorsque ayant de nouveau introduit la pince, je ne rencontrai plus rien. J'avertissais la malade que peut-être elle rendrait spontanément le reste du corps, lorsqu'elle fit soudain un mouvement de régurgitation, et rendit par la bouche le corps même du calcul.

C'est un corps irrégulier, à peu près quadrilatère, aplati, mesurant environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre et 1 centimètre et demi dans l'autre. Son épaisseur varie de 7 à 10 millimètres, et sa superficie présente encore des vestiges des apophyses qui ont été brisées dans les séances précédentes. Débarrassé par le lavage du sang qui le souille, la surface paraît blanche, très-inégale, sans vestiges de stratification.

La cohésion est assez faible, car en pratiquant une coupe pour savoir si quelque corps étranger ne servait pas de noyau à la concrétion, on brise une des moitiés en plusieurs fragments. Sur la cassure d'un de ces fragments on aperçoit une sorte de graine qui, par sa forme, rappelle la forme d'un pepin de raisin. Du reste, la masse, assez homogène, se réduit en poussière à gros grains sous la pression d'un corps dur. Comparé à la somme des fragments extraits dans les séances précédentes, la pièce rendue spontanément paraît former un peu moins de la moitié de la concrétion totale, qui par conséquent était une des plus volumineuses de celles dont l'histoire nous a été donnée (1).

Aussitôt que la malade eut rendu de cette facon le reste du calcul, la respiration se fit librement par les deux narines. Cependant, comme la pituitaire paraissait en avant un peu fongueuse, comme sans doute elle offrait quelques ulcérations par suite du séjour prolongé du corps étranger, je recommandai la continuation des injections résolutives.

Six semaines après, je revis Mme C... Elle paraissait tout à fait guérie; la respiration s'effectuait sans peine, les douleurs n'étaient pas reve-

---

(1) Je n'ai pas fait l'analyse chimique du calcul, qui a été déposé au musée Dupuytren, où on pourra l'étudier, et au besoin l'examiner chimiquement.

nues, le coryza et la fétidité de l'haleine avaient tout à fait cessé. Tout faisait présager une cure complète, mais au bout de deux mois environ je constatai une lésion singulière : le nez était déformé, les os propres étaient restés en place, mais immédiatement au-dessous de leur extrémité inférieure le dos du nez était brusquement déprimé.

M. Demarquay a publié autrefois une dissertation sur cette maladie. Il a rassemblé 12 cas qui offrent avec le précédent des analogies plus ou moins grandes (1). Si on lit ce travail, auquel je me contente de renvoyer, on remarquera que dans la grande majorité des cas la nature du mal a été longtemps méconnue, ou tout à fait accidentellement découverte. On y verra aussi mentionnées ces douleurs vives, que de temps en temps et sans raison connue, les corps étrangers provoquent dans les cavités qui les recèlent.

Je ne veux pas reprendre ici la description générale de la lithotritie des fosses nasales. Je reproduirai seulement une note communiquée en 1857 au Collége des médecins de Philadelphie par M. Hays (2).

Une dame de vingt-cinq à trente ans vint consulter M. Hays pour un ozène dont elle était tourmentée depuis son enfance. Plusieurs traitements échouèrent et la malade fut perdue de vue.

Quatre ans plus tard, M. Darrach fut consulté à son tour, et eut la pensée d'examiner les os du nez. Dans ce but, il introduisit un stylet dans les fosses nasales, et en le remuant en divers sens, il délogea par hasard un corps qui s'engagea dans l'ouverture des narines et fut chassé par un effort de la malade. C'était un bouton de verre d'ancienne mode avec un anneau en fil de cuivre.

La mère de cette dame se rappela alors qu'un de ses fils avait porté autrefois une veste munie de boutons semblables.

Il est probable que cette dame, étant enfant, jouant avec un de ces boutons, le mit dans sa bouche, qu'il passa alors dans la gorge et fut rejeté violemment dans un effort, de manière à se loger dans les fosses nasales. Le corps étranger devint plus tard une cause d'irritation, et provoqua la maladie pour laquelle les praticiens susnommés furent consultés. Le bouton avait séjourné au moins vingt ans dans la cavité nasale.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN a rencontré, lorsqu'il était interne dans

---

(1) *Archives générales de médecine*, H. Sircé.

(2) *Transactions of the College of Physicians of Philadelphie*, novemb. 1857, *in the American Journal of the Medical Sciences*, april 1858, p. 390.

les hôpitaux, un calcul semblable sur un cadavre. Il y a trois mois, il a été consulté par un malade qui présentait une inflammation à suppuration fétide dans les fosses nasales. Un stylet permit de rencontrer un corps dur; il avait d'abord cru avoir affaire à un calcul, mais il ne s'agissait que d'une nécrose du cornet inférieur.

Discussion sur la nécrose à la suite des amputations.

M. BROCA. Je désire réfuter les opinions émises par nos collègues MM. Chassaignac et Morel-Lavallée.

M. Morel, en s'appuyant sur des expériences de Tenon, prétend que lorsque le périoste a été décollé, les os perdent une partie de leur substance, et il compare cet accident à la nécrose. Il y a évidemment confusion dans l'esprit de M. Morel ; il ne s'agit pas ici d'exfoliation insensible, mais bien d'un phénomène d'absorption.

On a défini l'exfoliation insensible, la destruction de l'os molécule à molécule ; il faut avouer que cette exfoliation, si bien insensible qu'on ne peut la prouver, n'est vraiment qu'un artifice de langage au service des chirurgiens à bout d'arguments. Tenon n'y croyait pas beaucoup.

Quant à cette perte de substance signalée à la suite des dénudations des os, il faut dire que Tenon, par d'autres expériences, avait démontré qu'elle pouvait être évitée suivant le traitement auquel on avait recours.

Ainsi des topiques excitants appliqués sur l'os dépourvu de son périoste, déterminaient des mortifications assez étendues. Sous l'influence des onguents moins excitants, le séquestre était moindre ; avec des pansements encore plus doux, il ne se détachait qu'une très-faible lamelle osseuse ; et enfin si l'on appliquait des cataplasmes, il n'y avait plus de perte de substance appréciable. Il est donc démontré que des os dénudés peuvent très-bien ne subir aucune espèce de nécrose.

Maintenant, pour répondre à M. Chassaignac, qui prétend que jamais il n'a vu une extrémité osseuse, baignée dans le pus, ne pas être affectée de nécrose, examinons ce qui se produit dans le moignon d'une amputation.

J'admets qu'il est très-commun de voir se détacher de l'extrémité osseuse une virole de nécrose ; mais si le fait est commun il n'est pas constant, et, bien plus, je crois même que l'absence de nécrose se remarque plus souvent que la nécrose, même après les amputations de cuisse.

Pour justifier son opinion, M. Chassaignac admet que même lorsqu'il ne l'a pas vue, la nécrose a dû exister, et il voit la preuve de cette

mortification dans la déformation de l'extrémité de l'os qui s'est amincie, arrondie, perdant ainsi ses bords saillants ; mais cet émoussement de l'os n'est pas le produit d'une nécrose, c'est un phénomène d'absorption. Cette transformation de l'os ne se fait que lentement, et sans qu'il y ait besoin, pour sa production, de plaie ou de suppuration ; et la preuve est facile à trouver : vous n'aurez qu'à examiner, si l'occasion s'en présente, l'extrémité d'un moignon complétement cicatrisé, après un temps peu éloigné de l'époque de l'amputation, et vous trouverez l'os conservant la forme qu'il avait après la section, c'est-à-dire ses bords tranchants et nullement émoussés.

En résumé, je ne crois pas à l'exfoliation insensible, qui ne saurait se démontrer, et contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, je crois à la cicatrisation sans nécrose des os qui ont baigné dans le pus.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai nullement confondu les mots exfoliation insensible et absorption, comme le pense M. Broca. Cette question me paraît très-difficile à juger, et j'en ai fait le sujet d'études sérieuses ; j'ai traduit le mémoire de Miescher, travail très-important.

Mes recherches bibliographiques et mes observations cliniques m'ont conduit à ce résultat :

L'exfoliation *insensible* des auteurs s'applique à des faits qui se décomposent en deux groupes :

Dans l'un, les parcelles osseuses éliminées échappent à un examen superficiel et se trouvent à un examen attentif, surtout si l'on a recours à des instruments grossissants;

Dans l'autre groupe, l'os a perdu de sa substance, sans qu'on puisse en aucune façon en apercevoir les débris; c'est de l'absorption.

C'est précisément cette dernière forme qui a dû exister lorsque M. Marjolin dit qu'il n'a pas reconnu la nécrose. C'est cette absorption que produisait Tenon en dénudant les os du crâne. Dans les amputations elle a encore bien plus de raison de se produire.

M. CHASSAIGNAC. Je pense que M. Broca ne m'a pas compris; je me suis borné à demander si dans des moignons suppurés, on a vu l'os se cicatriser sans nécrose préalable. Pour mon compte, chaque fois que j'ai pu voir l'os placé dans ces conditions, j'ai rencontré de la nécrose. Je tiens ce fait pour absolu. Quant à trouver constamment le séquestre, c'est quelquefois très-difficile. Mais si on fait des injections acides dans la plaie, on voit le liquide se charger des principes calcaires de l'os frappé de mort. Tenon n'a jamais dit que l'os baigné dans le pus ne se nécrosait pas. M. Guersant paraît être aussi de mon avis.

M. BROCA. Je puis certifier avoir vu des amputations guérir sans nécrose, et cependant je puis affirmer que jamais à Paris, je n'ai vu de réunion par première intention dans le sens absolu du mot. Constamment il y a eu suppuration, dès lors l'extrémité osseuse était en contact avec le pus. Il y aurait donc eu constamment nécrose, si l'assertion de M. Chassaignac est juste, et cependant je dois ajouter que j'ai vu beaucoup plus souvent la guérison des amputations sans séquestre qu'avec séquestre.

M. CHASSAIGNAC. Que M. Broca me permette de ramener la question à sa plus grande simplicité.

Notre collègue a-t-il vu des os baignés dans le pus se guérir sans qu'il y ait nécrose? Je le répète, je n'en ai jamais vu, et chaque fois qu'il m'a été possible d'examiner l'os, j'ai reconnu cette nécrose.

M. BROCA. Il y a évidemment ici un malentendu. Si M. Chassaignac fait allusion aux cas dans lesquels l'os a été dénudé, et lorsque la suppuration s'est produite, oui, le plus souvent il y a nécrose, et encore n'est-elle pas constante.

Mais pour les amputations, si la section a été faite de manière à ne pas dépouiller l'os de sa membrane nutritive, les conditions deviennent dissemblables.

M. Chassaignac nous dit que toutes les fois qu'il y a eu suppuration, il a vu la nécrose, mais dès lors M. Chassaignac l'a toujours vue, car toujours il y a suppuration dès le troisième jour.

Les phénomènes de cicatrisation sont parfaitement appréciés, on les a suivis, et voici comment ils se passent.

Si l'inflammation gagne le canal médullaire et détruit la moelle, la mortification de l'extrémité osseuse a lieu, il se détache une virole osseuse; dans le cas contraire, on voit l'extrémité de la moelle bourgeonner, sortir de son canal sous forme de champignon, et cette partie exubérante, de transformation en transformation, s'ossifie et forme ainsi un couvercle qui oblitère l'os. Pendant que cette réparation s'opère, on voit à la surface de l'os coupé apparaître des trous qui vont en s'agrandissant. Ce sont les vaisseaux qui dilatent leurs canalicules; par ces ouvertures surgissent des bourgeons charnus qui s'ossifiant ultérieurement achèvent de couvrir la plaie osseuse.

M. MARJOLIN a vu deux cas seulement de réunion par première intention, l'un sur un amputé de la cuisse opéré par Blandin, et l'autre sur une petite fille opérée par lui-même, et encore ces réunions, les plus parfaites et les plus promptes qu'il ait rencontrées, n'étaient vérita-

blement complètes qu'après une quinzaine de jours, et après un peu de suppuration.

J'ai, ajoute M. Marjolin, pratiqué plus de soixante amputations, et je dois ajouter que je n'hésite pas à couper l'os au milieu même des foyers purulents; eh bien, je n'en ai pas moins obtenu la guérison sans nécrose dans la grande majorité des cas; au point que je considère cette nécrose comme tout à fait exceptionnelle.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste de la mâchoire inférieure opéré. — M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille qu'il avait déjà soumise à l'examen de la Société. Cette malade portait un kyste osseux volumineux, développé sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur.

Malgré le volume de ce kyste, M. Chassaignac a pu l'opérer sans faire de section sur les parties molles externes. Il a circonscrit par une incision dans la bouche la partie saillante de la tumeur, et à l'aide d'une spatule il a achevé le décollement des tissus jusqu'à la limite inférieure. Dès lors, il a pu, à l'aide de la scie, faire sauter la paroi osseuse du kyste. La malade est actuellement parfaitement guérie, et ne présente à l'extérieur aucune trace de l'opération qu'elle a subie.

Tumeur pédiculée du petit doigt ressemblant exactement à une cerise. — M. MARJOLIN a enlevé une tumeur siégeant sur le petit doigt d'un enfant. Cette tumeur, pédiculée, congéniale, avait exactement la forme d'une cerise. Le pédicule représente avec une apparence parfaite de similitude la queue du fruit.

La mère de l'enfant prétend, pendant sa grossesse, avoir eu envie de cerises.

La tumeur incisée présente des parois kystiques assez résistantes, comme fibreuses. L'intérieur, d'une teinte rosée remarquable, sera examiné au microscope.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 25 *mai* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

M. BOUVIER. Ce qui a été dit dans la dernière séance par M. Chassaignac, me met dans la nécessité de revenir sur la question de l'allongement des os.

En rapportant, en effet, l'opinion de M. Guersant sur la réalité de cet accroissement chez les enfants, je n'ai fait que reproduire ce que m'avait dit notre collègue, et je pense bien qu'il n'a pas oublié ce qu'il m'a communiqué sur ce sujet. Je puis, du reste, en appeler à son opinion publiquement professée dans sa clinique. Et de plus, je puis présenter des pièces pathologiques au nombre de trois, qu'il montrait aux élèves comme des preuves à l'appui de sa manière de voir.

Aujourd'hui, il est vrai, M. Guersant, ébranlé par les expériences de M. Ollier, se demande si cet allongement n'est pas dû à une sécrétion du manchon périostal qu'il était dans l'habitude de conserver. Et pour juger la question, je sais qu'il fait de nouvelles expériences ; mais, je le répète, lorsque je citais l'opinion de M. Guersant, je ne connaissais encore que sa première interprétation. Je ne me trompais donc pas, comme cela a été dit.

Maintenant, poursuivons plus loin. M. Chassaignac doute de l'accroissement et repousse l'explication qu'on en donne. Mais, cependant, rien n'est plus réel que cet accroissement. Ainsi, notre collègue n'est pas sans avoir vu des amputés qui, mutilés pendant leur enfance, n'en présentent pas moins, à l'âge adulte, un moignon qui a subi l'évolution de développement des autres parties du corps. Puisqu'il en est ainsi, n'est-il pas évident que l'os de ces amputés a crû ? Et dès lors, pourquoi n'est-il pas admissible que cet accroissement du squelette peut ne pas se faire d'une manière parfaitement égale avec l'accroissement des parties molles ?

Les trois pièces que je vous présente montrent manifestement la réalité de cette inégalité en faveur du squelette. Une de ces pièces a été réséquée sur l'extrémité du fémur, quatre ans après l'amputation. L'os faisait une saillie de 1 centimètre. Une autre représente l'extrémité du tibia, l'os a dépassé les chairs de près de 3 centimètres ; le péroné n'a pas suivi cette croissance.

Ces saillies ne peuvent pas s'expliquer par la rétraction musculaire; car après la cicatrisation du moignon, elle cesse presque complétement.

M. Richet, pour établir que l'accroissement des os n'avait lieu qu'à leur extrémité entre la diaphyse et l'épiphyse, a cité l'autorité de Hunter, en s'appuyant sur les expériences rapportées dans les œuvres de ce savant chirurgien. Mais je dois dire à notre collègue que la note relative à ces expériences n'appartient pas à Hunter, mais bien à Everard Home. L'éditeur en prévient les lecteurs, et il émet, en outre, des doutes fondés sur la réalité des expériences citées par Home.

Maintenant, dans les explications données pour se rendre compte de l'allongement de l'os, on a prétendu qu'il était produit par une ostéophyte; mais dans cette pièce, celle relative à l'allongement du tibia, on a scié l'os suivant toute sa longueur, et on a trouvé que la totalité de cet os était constituée comme le sont les os dans leur état normal. On ne peut donc admettre dans ce fait spécial la production d'une ostéophyte. Ajoutons encore que d'après les expériences de Duhamel, les ostéophytes se produisent rapidement, tandis que dans le cas actuel l'allongement ne s'est effectué que lentement, dans l'espace de plusieurs années.

Comment se produit donc l'allongement? La physiologie nous en donne l'explication la plus plausible. Les moignons suivent un accroissement naturel; notez que nous ne parlons que de ce qui se passe chez les enfants; le squelette est la partie sur laquelle l'accroissement des membres est le plus marqué. Cette remarque a été faite par Hippocrate. Les muscles sont entraînés dans cet accroissement; mais pour que cet entraînement soit complet, il faut que ces muscles se trouvent dans les conditions normales d'attitude et d'insertion. Ces conditions cessent d'exister dans les moignons, et pour les reproduire, pour obtenir cette marche d'ensemble de l'accroissement, il y a certaines dispositions favorables qu'il faut s'efforcer de déterminer et de produire. C'est pour obtenir ce résultat désiré que les chirurgiens ont adopté de préférence les amputations à lambeaux, qui donnent aux muscles divisés la possibilité de résister et de se maintenir en adhérant les uns aux autres.

C'est, du reste, un important sujet d'études; nous devons savoir gré à nos confrères de l'avoir signalé.

— La Société devant se former en comité secret à quatre heures et demie, la parole est réservée à M. Chassaignac pour la prochaine séance.

— Toujours à propos du procès-verbal, **M. DEPAUL** montre la masse calculeuse qu'il a extraite sur le malade dont il avait parlé dans la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN, à l'occasion de la correspondance, prie la Société d'autoriser la réparation d'une omission fâcheuse. M. Binet a adressé au mois de janvier 1858 deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le prix Duval. Les exemplaires auraient été égarés, et M. le secrétaire général actuel n'a pu, par conséquent, les remettre à la commission du prix Duval. Quoique la liste des candidats ait été déclarée close, M. Marjolin espère que la Société autorisera la commission à ajouter M. Binet à la liste des candidats pour le concours de 1858-1859.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Marjolin. La Société décide que M. Binet sera compris au nombre des candidats au prix Duval.

— **M. LABORIE** communique une lettre de M. le docteur Bourgeois (de Tourcoing), membre correspondant. Cette lettre est relative à l'opération césarienne; elle pourra être discutée lorsque la question viendra à l'ordre du jour.

M. Bourgeois adresse, en outre, deux brochures dont nous transcrivons les titres :

1° *Recherches et considérations sur l'opération césarienne ;*

2° *De l'emploi des douches utérines dans la pratique des accouchements.*

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre les propositions du bureau sur la nomination des membres correspondants.

La Société décide que huit membres correspondants nationaux seront nommés, et une commission désignée au scrutin est chargée de faire les présentations.

Cette commission se compose de MM. Marjolin, Cazeaux, Bouvier, Laborie, et du secrétaire général, M. Broca.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 1er juin 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu deux brochures de M. Drouineau, membre correspondant à la Rochelle, présent à la séance :

1° *Notice sur l'utilité des lavoirs et des bains publics.* La Rochelle, 1856, in-8°.

2° *Quelle influence peut avoir l'usage abusif du tabac?* La Rochelle, 1856, in-8°.

— M. le docteur Dambre, de Courtrai, adresse son *Traité de médecine légale ;* Gand, 1859, in-8°, t. I ; avec une lettre dans laquelle il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

— M. Thore, de Sceaux, rappelle qu'il a déjà présenté à la Société un travail inédit, et demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Il fait remettre en outre un exemplaire des ouvrages suivants à l'appui de sa candidature :

1° *Mémoire sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants.* Paris, 1844, in-8°.

2° *Mémoire sur les vices de conformation du cœur.* Paris, 1842, in-8°.

3° *De la résection du coude par un nouveau procédé.* Paris, 1843, in-4°. (Thèse inaugurale de l'auteur.)

M. Thore adresse en outre un exemplaire de l'ouvrage qu'il a publié avec M. Manoury, ouvrage intitulé : *Résumé statistique de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (service de M. Roux) pendant l'année 1841. Paris, 1843, in-8°.

LECTURE.

M. Drouineau, membre correspondant de la Société, communique les deux observations suivantes :

Obs. Ire. — *Tumeur dans la région ombilicale; abcès; plaie fistuleuse; Sortie spontanée de calculs biliaires; ictère grave; amaigrissement considérable; mort.*

Mme Eugénie ***, ancienne femme de confiance, âgée de 65 ans, était entrée à l'hospice civil de la Rochelle, comme pensionnaire, atteinte depuis longtemps d'une gastrite chronique due à l'usage parfois immodéré des boissons spiritueuses. En 1857, elle se plaignit de douleurs vagues dans l'abdomen; je constatai la présence d'une tumeur assez volumineuse qui, partant de l'ombilic, se dirigeait en dehors et en haut vers l'hypochondre droit. Elle avait le volume du poing, dure, sans bosselure et douloureuse à la pression. Malgré les moyens ordinaires employés sans aucun résultat, cet état resta stationnaire pendant assez longtemps; enfin cette tumeur s'enflamma, se ramollit généralement, et, dans un endroit voisin de l'ombilic, il se forma un abcès que j'ouvris. Il en sortit une quantité assez considérable d'un pus blanchâtre et de bonne nature. Malgré les moyens employés la plaie resta fistuleuse pendant longtemps, avec des alternatives de cicatrisation et de réouverture.

Enfin, au mois de mars 1858, il apparut à l'orifice de la plaie un corps noirâtre, qui sortit spontanément et qui me fut présenté le lendemain. Je reconnus par sa couleur et sa forme un calcul biliaire. Pendant plus de six mois il en sortit un assez grand nombre et toujours de la même manière. Après la sortie spontanée du petit calcul, la plaie laissait suinter un liquide séro-purulent et se cicatrisait presque entièrement; puis, quelque temps après, l'orifice s'enflammait de nouveau, se dilatait, et un nouveau corps étranger apparaissait et sortait spontanément sans aucune trace de matières bilieuses.

Cette femme, dont la digestion était difficile, s'amaigrit de plus en plus; il survint subitement un ictère, et elle succomba en peu de jours.

L'autopsie fut faite en présence du docteur Mallet, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Louis.

Je sondai d'abord la plaie fistuleuse, qui était presque cicatrisée, j'arrivai dans un cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur. J'ouvris l'abdomen par la partie inférieure, je découvris le foie qui remplissait la moitié supérieure de la cavité abdominale; sa surface était de couleur verdâtre, son tissu était généralement mollasse, sans induration, il était comme infiltré de matières bilieuses d'un vert foncé très-abondantes. La moindre incision en faisait sortir une grande quantité.

Je trouvai difficilement la vésicule du fiel, que je crus d'abord com-

plétement détruite. Enfin, je découvris à sa place une petite tumeur très-dure, de forme ronde, de la grosseur d'une noisette, que je reconnus pour la vésicule du fiel, en partie détruite et cicatrisée, et servant d'enveloppe à un corps étranger que j'obtins par incision, et qui était un calcul biliaire semblable à ceux qui étaient sortis spontanément.

La muqueuse gastrique présenta le ramollissement ordinaire, dû à une altération chronique de cet organe. Les intestins, d'une petite dimension, n'ont offert rien de remarquable.

Il y a quelques années, j'ai présenté à votre examen un fait assez rare d'absorption urineuse due à l'obstruction de l'uretère par un gravier, chez un individu qui n'avait qu'un seul rein, ce qui avait causé rapidement la mort.

Aujourd'hui, le fait que je vous présente a quelque analogie avec le précédent. C'est la vésicule du fiel, contenant des calculs, qui s'est enflammée, perforée, expulsant au travers des parois abdominales devenues le siége d'une tumeur, qui s'abcéda pour faciliter la sortie spontanée de corps étrangers par la puissance éliminatrice de nos tissus.

C'est ce réservoir de la bile, en grande partie détruit, entièrement obstrué par un seul petit calcul, qui, s'opposant au cours de ce liquide, en a causé une rétention complète dans le foie. Dès lors cet organe sécréteur a pris des dimensions énormes, par suite de l'accumulation de la bile dans son tissu, dont l'absorption a causé rapidement un ictère des plus graves et la mort.

Obs. II. — *Doubles fractures de la cuisse droite et de la jambe gauche, gravement compliquées chez le même individu.*

Un jeune ouvrier du chemin de fer, âgé de vingt et un ans, d'une faible complexion, accompagnant des wagons chargés de balustres à peine mis en mouvement, fit une chute qui porta ses membres inférieurs sous les roues d'un wagon.

La cuisse droite fut brisée vers la partie moyenne et la jambe gauche vers le tiers inférieur.

A son arrivée dans mon service, ce jeune ouvrier, à qui on avait mis des appareils provisoires pour être transportable à mon hôpital, présenta à mon examen deux fractures fort graves.

Celle de la cuisse droite était compliquée de gonflement des parties molles, contusionnées et déchirées à la partie interne par l'extrémité du fragment supérieur.

La jambe gauche, très-tuméfiée, présenta une fracture comminutive des deux os, avec plusieurs plaies contuses fort graves.

Pour la fracture de la jambe, je plaçai ce membre dans un appareil de Scultet, imbibé d'eau tiède légèrement additionnée d'eau-de-vie campbrée. Puis je soumis ce membre à des affusions froides et continues.

Pour celle de la cuisse, je l'enveloppai d'un appareil à dix-huit chefs, et pour obtenir la contre-extension, je fis usage d'un tube en caoutchouc volumineux, que je passai de l'aine à la partie supérieure interne et postérieure de la cuisse, pour être attaché à un des barreaux du lit.

Pour l'extension, j'employai un appareil qui est dû, je crois, à M. Martin; je plaçai, à l'aide d'une bande dextrinée, un galon assez large et fort pour avoir une anse à l'extrémité de la jambe : ce qui me permit d'y fixer un cordon, que je fis passer sur une petite poulie adaptée à une traverse en bois, solidement attachée au lit.

J'attachai à l'extrémité du cordon un poids de 1 kilogramme d'abord; mon malade supporta très-bien pendant quelques jours ces deux appareils. L'obligation où j'étais de faire deux pansements par jour aux plaies de la jambe menacées de gangrène me donna la pensée de me servir de l'appareil du docteur Gaillard (de Poitiers). Je le fis exécuter en un seul jour dans la maison. Il consiste, vous le savez, en une planchette dans laquelle sont placés des trous disposés de manière à recevoir de longues chevilles qui maintiennent plus ou moins serrées de larges attelles, et en un crochet placé à l'extrémité de la planchette pour tenir le pied dans une direction convenable.

Je dois le dire, cet appareil dans ce cas de fracture de la jambe compliquée de plaies gangréneuses et de suppuration abondante m'a été d'une grande utilité et d'un grand effet, et parfaitement supporté pendant plusieurs mois et jusqu'à parfaite guérison.

Quant à l'appareil de la cuisse, d'un bon effet pendant quinze jours, il devint presque insupportable pour le malade; de plus, il entraînait le membre droit en bas, de sorte qu'il changeait souvent la direction de la jambe gauche. J'eus recours alors à l'appareil du docteur Gaillard pour la fracture de la cuisse, que je fis construire immédiatement d'après le mémoire de cet habile chirurgien.

Ces deux appareils ont pu être appliqués en même temps sur ce malade atteint de fractures compliquées, et supportés plusieurs mois avec aisance et parfaite réussite.

Ce fait m'a paru digne d'observation, parce que, je dois l'avouer, si

ce jeune malade n'avait eu qu'une seule fracture, celle de la jambe, qui était compliquée d'un écrasement des deux os avec plaies et gangrène, de suppuration et de sortie de plusieurs esquilles, l'amputation proposée par plusieurs médecins aurait sans doute été facile ; mais la fracture de la cuisse y mettant un obstacle et de grandes difficultés, il fallut temporiser, et cette temporisation nécessaire amena une belle réussite, puisque ce jeune homme, après cinq mois de séjour à l'hôpital, est sorti parfaitement guéri avec ses deux membres et sans claudication.

M. HUGUIER a vu un fait assez analogue à celui qui fait le sujet de la première observation.

Une femme, dit M. Huguier, s'est présentée dans mon service avec une tuméfaction considérable de la région hypogastrique, se prolongeant jusque dans la grande lèvre droite. Il y avait eu des abcès dont les ouvertures restaient fistuleuses. Ne pouvant obtenir la cicatrisation, je débridai les trajets fistuleux, et je trouvai un calcul biliaire. Je craignis de rencontrer une perforation intestinale, mais il n'en fut rien. En interrogeant la malade, j'appris que cinq ou six ans avant elle avait eu des abcès au foie. Je retirai plus tard un autre calcul semblable, et la malade guérit.

Suite de la discussion sur l'allongement des os après les amputations.

M. CHASSAIGNAC. M. Bouvier s'est fait le défenseur d'une théorie nouvelle sur la conicité du moignon chez les enfants. Il nous a semblé, à plusieurs de mes collègues et à moi, que les preuves citées à l'appui de cette théorie étaient insuffisantes. Nous avons dû le dire.

Obligé de chercher de nouvelles preuves, M. Bouvier a présenté dans la dernière séance des pièces anatomiques empruntées à M. Guersant.

La théorie, vous la connaissez. Elle repose sur cette idée, que dans un moignon d'amputation faite chez un enfant, l'os croît plus que les chairs, en sorte que tel moignon qui aurait été parfaitement régulier au moment de l'amputation et de ses suites immédiates, deviendrait de plus en plus conique, à ce point qu'il faut pour rétablir l'équilibre rogner l'excédant de longueur de l'os.

Cette théorie n'a qu'un tort. Au lieu d'être l'expression et la généralisation des faits, elle les devance. Et quand on lui demande ses preuves, elle n'apporte que des exemples contestables, susceptibles

d'interprétations diverses, et dont quelques-uns même lui sont tout à fait contraires.

Au lieu d'un seul malade, dont l'observation ne prouve rien, et de trois pièces anatomiques, qui ne prouvent pas grand'chose, il eût fallu suivre sur un chiffre sérieux d'amputés la marche du développement du moignon, et si notre collègue nous eût mis à même d'apprécier dix ou douze constatations bien exactes, toutes conformes aux indications de la théorie, je ne vois réellement pas pourquoi on eût repoussé la théorie de M. Bouvier, qu'elle fût de lui ou d'un autre, peu importe.

Quand on vient nous proposer de réformer le mode d'amputation adopté jusqu'ici chez les enfants, nous ne pouvons modifier notre pratique qu'après un examen sérieux et attentif des nouvelles règles qu'on veut bien nous tracer.

Vous présentez une petite malade et une pièce anatomique. Toutes deux ont ceci de commun qu'après une amputation de jambe le péroné seul aurait grandi outre mesure; tandis que le tibia, celui de tous les os du squelette qui a l'artère la plus volumineuse, a conservé ses rapports normaux de développement. Ne voit-on pas de prime abord tout ce que de pareils exemples impliquent de contradictions? Comment dès lors ne pas repousser une preuve qui porte elle-même sa propre réfutation ?

M. Bouvier nous fait voir deux autres pièces établissant qu'on a dû faire la résection de moignons coniques, sans qu'on sache par des observations exactes quelle a été au juste dans ces cas la véritable cause de la conicité du moignon. Or les causes de la conicité du moignon, en dehors de toute influence d'âge, sont nombreuses. Trait de scie porté obliquement; manchette trop courte; pansement contentif ne ramenant pas les chairs au-devant de l'os, etc. De semblables pièces sans l'observation des malades sont de bien faible valeur.

Il ne tiendrait pas à l'argumentation de M. Bouvier de nous faire croire qu'après les amputations faites par MM. Marjolin et Guersant, la conicité du moignon ne fût la règle constante, la résection un complément très-ordinaire de ces amputations. Eh bien, je proteste formellement contre cette conséquence d'une théorie non démontrée. J'affirme que la conicité du moignon est, chez ces messieurs comme chez leurs autres collègues des hôpitaux, le fait exceptionnel, que la résection ultérieure est un fait rare. M. Marjolin n'en a pas cité un seul exemple; M. Guersant, dans une très-longue pratique, en rapporte trois.

Je maintiens, par conséquent, que la théorie imaginée ou non par

M. Bouvier manque de preuves suffisantes, et qu'il n'y a pas lieu jusqu'ici de préférer à l'amputation circulaire l'*amputation à lambeaux* chez les enfants.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je vois avec peine que M. Bouvier, dans la réponse qu'il a faite, n'a pas répondu aux arguments que je lui avais soumis en soulevant le premier la discussion qui se continue aujourd'hui.

La cause la plus active de la saillie de l'os me paraît devoir être attribuée à l'inflammation. Voyez, en effet, ce qui se passe sur des muscles enflammés. La rétraction peut être portée à un degré considérable (15 et 20 centimètres) sur des muscles qui conservent encore leurs deux attaches extrêmes ; dès lors, on doit facilement prévoir ce qu'elle sera sur un muscle qui, coupé dans sa continuité, ne conserve plus qu'une attache.

Ces faits de rétraction sous l'influence de l'inflammation sont journellement observés. Il fallait, dès lors, se demander si elles étaient plus communes chez les enfants que chez les adultes; nous pouvons répondre négativement, et Louis, qui s'est occupé de la question, n'établit pas cette différence.

Ainsi on a voulu attribuer à l'accroissement de l'os une saillie qui n'est due en réalité qu'à la rétraction des parties molles.

J'ai déjà dit la part qui pouvait être attribuée, dans les cas de conicité, à la production d'ostéophytes. M. Houel prétend que Louis en avait cité des cas ; je crois que notre collègue est dans l'erreur.

J'ai enfin parlé de la nécrose, qui, en détruisant l'extrémité d'un des deux os, soit à la jambe, soit à l'avant-bras, pouvait laisser croire à un allongement de l'os resté intact.

Je dirai, en terminant, que l'accroissement invoqué me paraît d'une démonstration presque impossible, et qu'en résumé les autres raisons données pour expliquer cette conicité sont parfaitement suffisantes, sans qu'il soit besoin de recourir à une autre théorie.

M. MARJOLIN. Ni M. Bouvier, ni M. Guersant, ni moi-même, n'avons prétendu attribuer exclusivement et toujours la conicité à l'accroissement de l'os ; nous avons seulement cité des opérations rigoureusement bien exécutées, dans lesquelles l'os, après trois années, par exemple, venait dépasser les parties molles, et nous avons cru que cette saillie osseuse ne nous paraîssait pouvoir être expliquée que par l'accroissement. Il est à remarquer que dans ces cas la cicatrice ne répond pas à l'extrémité du moignon, elle a subi un déplacement quelquefois très-considérable.

Quant aux modifications d'accroissement de la totalité des moignons chez les enfants après un temps assez long, il est assez facile de les apprécier ; et je me propose, pour aider à la solution de la question, de présenter à la Société un enfant de treize ans à peine, amputé il y a dix ans de la jambe et de l'avant-bras.

M. VERNEUIL. Il a été question dans la discussion de chercher des procédés d'amputation capables de prévenir la conicité. Je pense que le procédé, quel qu'il soit, n'a pas grande influence sur la production de cet accident; les lambeaux courts peuvent seulement prédisposer au développement de l'inflammation, mais c'est là tout. J'ai vu, en effet, des moignons qui en apparence ne laissaient rien à désirer, et cependant l'os ne tardait pas à dépasser les chairs, et le plus souvent cette hernie se produisait non pas au niveau de la cicatrice qui s'était déplacée, mais bien à travers l'épaisseur des muscles.

M. BOUVIER. Je suis heureux, après avoir entendu M. Chassaignac, de trouver, en résumé, que nous sommes bien près de nous entendre. Je n'ai pas voulu, en effet, comme il le pense, établir une théorie générale; je n'ai fait allusion qu'à une certaine catégorie de faits. Je n'ai pas dit que toujours l'accroissement des os était plus grand que l'accroissement des parties molles; ceci a lieu en effet, mais quelquefois seulement. Les cas cités par moi me paraissent appartenir à cet ordre de faits, et je les ai crus nouveaux.

Maintenant, il faut bien s'entendre sur la conicité; elle peut être divisée en deux classes : la conicité primitive, celle qui suit l'amputation plus ou moins promptement, depuis quelques semaines jusqu'à un intervalle de quelques mois; et la conicité consécutive, celle qui nous occupe actuellement. On n'en a pas parlé, et c'est elle qui mérite d'être étudiée. Elle ne se montre que quelques années après l'amputation. Dans les cas cités par moi et qui appartiennent à cette deuxième espèce, le moignon n'était malade en aucune façon ; seulement il s'allongeait, et cet allongement portait sur tous ses éléments constitutifs, mais surtout sur l'os.

M. Morel dit qu'il est difficile et même impossible de reconnaître l'allongement; mais je pense que notre collègue n'a pas réfléchi en émettant cette proposition. Les mensurations bien faites au moment de l'opération, et conservées pour terme de comparaison ultérieurement, suffisent pour établir rigoureusement les modifications subies dans la longueur de l'os.

On a dit : La question ne peut être résolue, car on manque d'obser-

vations; c'est malheureusement vrai, mais c'est une raison pour en collectionner, la question en vaut bien la peine.

Quant aux procédés préventifs, je n'ai pas fait sur ce sujet des études spéciales suffisantes pour les discuter, mais cependant je ne puis me ranger à l'opinion de M. Verneuil ; je crois qu'ils pourraient être trouvés, sinon infaillibles, au moins devraient-ils diminuer les chances de la conicité à venir.

En résumé, la science sur ce point laisse des *desiderata* ; il faut s'en occuper, et j'avoue ne pas partager l'optimisme de M. Morel, qui trouve dans l'ancienne doctrine des raisons suffisantes pour s'expliquer la conicité.

M. VELPEAU. Je suis heureux d'assister à cette discussion, qui me paraît soulever un point très-intéressant de la pratique chirurgicale. On a parlé de l'ancienne doctrine pour expliquer la conicité ; mais je crois, comme M. Bouvier, que cette doctrine n'est destinée qu'à l'explication de la conicité primitive, et non pas de la conicité consécutive. C'est cette dernière qui doit nous occuper, et pour mon compte je puis avouer qu'elle m'a fort préoccupé.

J'ai peu pratiqué d'amputations chez les enfants, mais j'en ai fait un grand nombre chez les adultes, et j'ai été frappé de cette conicité consécutive apparaissant longtemps après la cicatrisation ; et cette particularité se reproduisait aussi bien chez mes malades que chez les malades opérés par d'autres chirurgiens.

La cicatrice était déplacée, elle ne répondait plus à l'extrémité du moignon, elle était remontée de 6 à 8 centimètres. Je m'étais provisoirement expliqué ces formes nouvelles par la rétraction des longs muscles coupés, qui, n'étant plus utiles, remontaient, entraînant avec eux les parties molles ; mais, je le reconnais, cette explication était insuffisante. Le fait seul est positif, et mérite d'être étudié.

M. HUGUIER. J'ajouterai peu de chose après les remarques de M. Velpeau. Nous avons tous vu ces conicités consécutives ; elles se présentent sous deux formes : la saillie de l'os se fait ou au niveau de la cicatrice ou à côté. Dans le premier cas, le tissu cicatriciel est aminci et se déchire facilement ; dans le deuxième cas, la cicatrice suivant le mouvement de retrait des parties molles, est remontée, et l'os fait saillie à travers l'épaisseur du membre qu'il déchire. Pour éviter ce dernier accident, j'ai pris l'habitude de faire, comme dans l'amputation de la jambe, un trait de scie oblique qui abat la crête saillante de l'os.

M. VERNEUIL. M. Bouvier ne m'a pas compris ; je n'ai parlé en effet que de la conicité consécutive ; j'ai même indiqué les migrations de la cicatrice. Quant à l'explication de cet accident, elle ne saurait être unique. Ainsi, en outre de la rétraction, il faut invoquer l'atrophie des parties musculaires du moignon. Cette atrophie se fait lentement ; elle est telle que si on examine un moignon dans ces conditions, c'est à peine si on retrouve du tissu musculaire ; et comme cette atrophie ne porte pas sur l'os, on comprend qu'il devienne saillant, et qu'il apparaisse à l'extrémité du membre amputé.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je me trouve encore plus fortifié dans mon opinion par la remarque de M. Velpeau, parce que les faits signalés par notre savant collègue n'ont trait qu'aux amputations pratiquées chez les adultes ; dès lors, la conicité ne reste plus l'accident spécial à l'enfance, et le prétendu accroissement de l'os, qui n'a été invoqué que dans le jeune âge, ne semblerait pas avoir la valeur qu'on lui donne.

Quant à l'explication qui rapporte à l'inflammation la rétraction des parties molles, elle n'est pas toujours nécessaire pour la produire, et l'on sait que dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, si commune chez les cochers, cet accident survient insensiblement et sans aucun phénomène inflammatoire ; les appareils prothétiques peuvent, en déterminant sur les parties molles du moignon une constriction et des froissements continus, amener la rétraction des muscles par un mécanisme semblable à celui qui la produit chez les cochers.

M. VELPEAU reconnaît l'importance de l'atrophie signalée par M. Verneuil, les malades qu'il a observés présentaient en effet presque tous cette atrophie. Il semblerait donc que dans la production de la conicité, la rétractilité et l'atrophie joueraient un rôle des plus actifs.

M. BOUVIER, après avoir reconnu qu'il s'était en effet trompé sur les opinions émises par M. Verneuil, ajoute : Ce qui a été dit par MM. Verneuil et Velpeau sur le rôle de l'atrophie dans la conicité tardive des moignons chez l'adulte, vient appuyer l'explication de M. Guersant pour ce qui se passe dans l'enfance ; car ce qui s'appelle atrophie chez l'adulte n'est, chez les enfants, qu'un arrêt de développement.

Le secrétaire, **LABORIE.**

Séance du 8 juin 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance : elle comprend les journaux de la semaine.

RAPPORT.

M. Broca donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. Silbert (d'Aix), candidat au titre de correspondant national de la Société de chirurgie.

L'heure avancée ne permettant pas la discussion du rapport de M. Broca, cette discussion et le vote sur les conclusions sont renvoyés à la première séance.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission nommée pour présenter les candidats aux huit places de correspondants nationaux.

Les candidats présentés par la commission sont les suivants :

MM. Benoît, de Montpellier.
Chaumette, de Bordeaux.
Denucé, de Bordeaux.
Michel, de Strasbourg.
Scrive, inspecteur du service de santé de l'armée.
Serres, d'Alais.
Staeber, de Strasbourg.
Valette, de Lyon.

La nomination aura lieu au scrutin dans la première séance.

Deux nouvelles commissions sont nommées pour examiner les titres des candidats étrangers et des associés étrangers.

La première se compose de MM. Depaul, Verneuil, Giraldès, Robert et Broca, secrétaire général.

La seconde de MM. Giraldès, Danyau, Depaul, Broca et Robert.

Le secrétaire de la Société, Laborie.

Séance du 15 juin 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend, outre les journaux de la semaine :

1° *Ablation d'une tumeur fibro-plastique de l'omoplate*, par M. Didot (de Liége), membre correspondant de la Société. Gand, 1859 ; in-8°.

2° *Rapport sur la rage* fait au conseil d'hygiène et de salubrité d'Aix ; par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix. — Aix, 1859, in-8°.

— M. Forget étant en congé, fait remettre à la Société, par l'intermédiaire de M. Michon, un exemplaire de son mémoire intitulé : *Des anomalies dentaires, et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires.* Paris, 1859 ; in-4°.

— M. le docteur Julliard (de Genève) adresse une observation manuscrite intitulée : *Ectropion de la paupière supérieure opéré avec succès.* (Commissaires : MM. Morel, Chassaignac, Verneuil.

— M. Dieulafoy (de Toulouse), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature, par l'intermédiaire de M. Debout, trois observations manuscrites intitulées : 1° *Hernie étranglée, opération, ponction de l'intestin ;* 2° *Luxation du coude en arrière avec issue de l'humérus* ; 3° *Rétention d'urine, ponction de la vessie*, etc. (Commissaires : MM. Huguier, Richard et Richet.)

— M. Serres (d'Alais), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature, par l'intermédiaire de M. Debout, un mémoire intitulé : *Traitement de l'anévrysme artérioso-celluleux du pli du coude.* (Commissaires : MM. Broca, Follin et Debout.)

— M. le Président, après avoir consulté le bureau et la Société, désigne une commission, composée de MM. Gosselin, Huguier et Houel, pour faire un rapport sur les travaux de M. Thore (de Sceaux), candidat au titre de membre correspondant national.

Discussion du rapport de M. Broca sur les tumeurs myéloïdes.

M. VERNEUIL communique deux observations pour confirmer quelques-unes des assertions émises par M. Broca. Il a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des tumeurs des gencives, qui présentaient exactement les caractères anatomiques indiqués par M. Robin et rappelés par M. Broca dans son rapport. Les plaques à noyaux multiples se reconnaissent avec la plus grande facilité ; elles sont souvent accompagnées de myélocytes libres et d'éléments fusiformes en proportion variable. Mais la structure de ces tumeurs est toujours très-facile à reconnaître.

Deux fois M. Verneuil a pu joindre l'observation clinique à l'examen anatomique.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune homme, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, qui depuis très-longtemps déjà avait remarqué l'existence d'un petit tubercule rougeâtre implanté sur le bord alvéolaire de la portion droite du maxillaire inférieur, occupant la place de la deuxième petite molaire perdue depuis longtemps. Cette tumeur, d'un rouge vif, ferme au toucher, indolente et solidement adhérente à l'os, présentait le volume d'une aveline ; elle couvrait toute la portion correspondante du bord alvéolaire, et le débordait même un peu du côté de la langue et du côté de la joue.

Quoique l'implantation n'en parût pas profonde et que le corps de la mâchoire à ce niveau parût tout à fait sain, j'avais conseillé pour extirper sûrement tout le mal la résection d'un fragment triangulaire du bord alvéolaire.

On se contenta d'abraser la partie saillante, opération qui ne fut ni longue ni douloureuse, mais qui était nécessairement insuffisante. Quelque temps après, j'opérai à mon tour ; mais, comme ce qui restait de la tumeur était très-minime, j'essayai de le détruire avec le cautère galvanique, qui me permettait d'agir avec lenteur et précision dans la cavité buccale. Je plongeai le cône rougi dans le fond de l'alvéole et crus avoir tout détruit. Cependant, je vis bientôt renaître un petit bourgeon accolé à la gencive qui entourait le collet de la grosse molaire. Le mal récidivera donc par suite de ces opérations incomplètes, et il faudra, si on veut en finir, opérer plus largement.

Cette cure chirurgicale a été mal conduite, comme cela arrive très-communément en pareil cas. On ménage beaucoup trop les parties malades, et on a des récidives qu'on aurait pu éviter du premier coup.

Dans cette observation, la maladie ne fut jamais douloureuse. Les ganglions du cou ne présentèrent jamais d'engorgement; quant à la structure, elle était tout à fait simple et caractéristique.

Le siége de la tumeur et l'intégrité du corps de l'os montrent que dans ces cas le point de départ réside essentiellement dans la portion alvéolaire. On ne peut encore savoir si la maladie débute plus particulièrement par la gencive, par l'os ou par le périoste alvéolo-dentaire.

Le cas suivant est remarquable par le volume de la tumeur et par la lenteur avec laquelle elle se développa :

M... (Magloire), trente ans, d'une belle constitution, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 février 1859, pour une tumeur volumineuse occupant la partie latérale gauche de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur. Cette tumeur soulève la joue sans y adhérer ; elle est d'un rouge vif, rappelant l'aspect de la langue dépouillée de son épithélium. Sa surface est lisse, luisante, mamelonnée, très-ferme au toucher, tout à fait indolente, et saignant alors seulement qu'on la frotte un peu rudement. Elle ne gêne absolument que par son volume, qui est considérable ; elle paraît s'insérer sur le bord alvéolaire, au niveau de la deuxième petite molaire, qui manque depuis très-longtemps, car le malade ne se souvient pas de l'avoir perdue. A partir de ce point, cachée d'ailleurs en partie par la portion renflée, la tumeur va en augmentant, de façon à revêtir la forme d'une poire aplatie, qui s'avance en bas et en avant jusqu'au niveau de la commissure labiale, et devient accessible à la vue quand le malade rit ou entr'ouvre la bouche.

Lorsque les dents des deux mâchoires sont rapprochées, la tumeur se loge entre la joue et la face externe de l'arcade alvéolaire inférieure ; son bord inférieur repose sur le sillon gengivo-génal inférieur, de façon que les mouvements de mastication ne sont pas gênés; depuis longtemps, du reste, les aliments sont entièrement broyés du côté droit.

La maladie a commencé, il y a sept ans, dans le point que j'ai indiqué et sous la forme d'une petite saillie rouge ; depuis, elle a crû constamment; jamais aucun traitement n'a été fait.

Toutes les autres parties des arcades alvéolaires sont saines, sauf un léger degré de boursouflement et de rougeur dû à l'extrême négligence de tous soins de propreté de la bouche; aussi les dents sont-elles déchaussées, noirâtres et couvertes de dépôts de tartre à leur collet. Du reste, la santé est excellente; les ganglions du cou ne présentent aucune trace d'engorgement, et, sans la gêne causée par la tumeur, le

malade ne songerait nullement à se faire opérer, car il ne peut croire à la gravité de son mal. Le diagnostic me parut très-clair, et je résolus de faire autant que possible une extirpation radicale.

J'ai dit que la portion terminale et renflée de la tumeur cachait presque complétement l'insertion et dissimulait son étendue, grâce à l'espèce de pédicule qui existait. La masse morbide était un peu mobile. L'opération fut faite en deux temps; le 22 février je passai la chaîne d'un écraseur autour de la partie rétrécie; en quelques minutes, presque sans douleur et sans hémorrhagie, je détachai la presque totalité de la tumeur et remis au surlendemain le reste de l'extirpation. Cette manœuvre me permit d'arrêter d'avance le plan de ce second acte opératoire.

L'implantation principale avait bien lieu au niveau de la deuxième petite molaire, mais la gencive qui entourait les deux premières grosses molaires était rouge, dure, hypertrophiée, et paraissait formée par un tissu analogue à celui de la tumeur. Les deux grosses molaires d'ailleurs étaient un peu mobiles. Je dus donc me résoudre à réséquer tout le bord alvéolaire, depuis la première petite molaire restée saine jusqu'à la dent de sagesse. Immédiatement au-dessus de la saillie formée par l'implantation des racines des dents, l'os maxillaire et la muqueuse qui le recouvre étaient parfaitement sains.

L'opération ne présenta pas de difficultés. Les deux molaires arrachées, je fis avec une pince coudée à angle droit sur le plat une section en avant des limites du mal, près de la petite molaire; puis une autre en arrière, parallèle, près de la dent de sagesse. Ensuite, avec une autre pince incisive courbe et tranchante par l'extrémité de ses mors, je réséquai horizontalement toute la portion comprise entre les deux sections verticales. L'opération, faite sans l'aide du chloroforme, fut assez douloureuse. Le sang coula avec abondance. Je fis sur toute la surface vive une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent. Des bourdonnets de charpie trempés dans l'eau fraîche et souvent renouvelés, des gargarismes froids, une compresse mouillée sur la joue, constituèrent le pansement. Les douleurs se calmèrent vite, et le soir l'opéré ne souffrait plus.

L'examen des parties réséquées me fit espérer que l'ablation du mal avait été complète. Une coupe pratiquée dans la tumeur montra un tissu homogène, rougeâtre, consistant, présentant au centre des portions plus fermes, plus pâles, dans lesquelles l'œil nu soupçonnait la présence du cartilage : ce qui fut vérifié par l'examen microscopique. Le reste de la masse était formé presque exclusivement par des pla-

ques et noyaux multiples de dimensions très-différentes, mais très-nettement caractérisées. Quelques faisceaux fibreux, des myélocites, des éléments fibro-plastiques complétaient cette structure. La trame renfermait peu de vaisseaux.

Trois jours après son opération, le malade demanda itérativement sa sortie; la plaie était en voie de cicatrisation. Quelques petites esquilles auront dû se détacher par suite de la première cautérisation. Le crayon de nitrate d'argent fut encore promené sur la région opérée, et la sortie fut permise, car rien ne paraissait la contre-indiquer.

L'opéré devait revenir nous voir à la consultation, mais on ne l'a pas revu.

Ces deux observations sont incomplètes, au moins quant à l'issue définitive, mais elles concordent parfaitement sous le rapport :

1° De la structure;

2° De l'aspect extérieur caractéristique;

3° Du début et de la marche lente, bien différents de ce qui s'observe dans l'ostéosarcome;

4° De l'origine qui paraît se faire dans la région alvéolaire en connexion avec le bord libre des gencives et des cavités dentaires;

5° Enfin, de l'indolence absolue du mal et de sa nature sous-locale.

Rapprochées des faits de M. Broca et de ceux qui seront prochainement publiés, ces observations permettront de tracer bientôt une histoire satisfaisante de cette variété intéressante de tumeurs pseudo-cancéreuses.

M. CHASSAIGNAC. J'ai deux fois pratiqué l'amputation de la cuisse dans des cas de tumeur myéloïde.

Dans le premier fait, la tumeur siégeait à la partie inférieure du fémur. Il s'agissait d'un jeune homme.

Dans le second fait, également relatif à un jeune sujet, la tumeur avait son siége dans la tête du tibia. J'ai préféré l'amputation de la cuisse à la désarticulation du genou. Ces deux malades ont bien guéri. J'ai l'honneur de vous présenter le jeune homme; il est dans un excellent état. Sa convalescence s'est parfaite à l'Asile impérial de Vincennes; son opération date déjà de neuf mois.

La jeune femme a été opérée il y a trois mois; j'espère pouvoir suivre assez longtemps ces deux opérés pour renseigner la Société sur les suites de l'amputation.

La Société vote ensuite les conclusions suivantes :

1° Inscrire M. Silbert sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

2° Renvoyer au comité de publication le travail de M. Silbert et le rapport de M. Broca.

ÉLECTION.

La Société procède à la nomination au scrutin secret de huit membres correspondants nationaux.

Les candidats nommés et classés suivant le nombre de voix, sont :

MM. Serres, d'Alais; Denucé, de Bordeaux; Michel, de Strasbourg; Stœber, de Strasbourg; Benoît, de Montpellier; Scrive, inspecteur du service de santé des armées; Valette, de Lyon; Chaumet, de Bordeaux.

Les candidats qui après cette liste ont obtenu le plus grand nombre de voix, sont :

MM. Reybard, de Lyon; Pénard, de Rochefort; Raimbort, de Châteaudun; et Silbert, d'Aix.

RAPPORTS.

***Rapport sur les travaux de M. Chapplain*, intitulés : *Observation d'anus contre nature*, et *Mémoire sur la luxation sciatique*, par MM. Maisonneuve, Larrey et Gosselin, rapporteur.**

Messieurs, M. le docteur Chapplain, professeur suppléant à l'École préparatoire et chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Marseille, vous a adressé, pour obtenir le titre de membre correspondant, deux travaux, l'un en 1857, et l'autre en 1858.

Le premier est une observation d'anus contre nature, traité et guéri par l'entérotomie et la suture. Nous pouvons passer sous silence tout ce qui est relatif à la hernie crurale, qui a précédé l'anus contre nature, parce que les détails n'offrent rien d'insolite. Pour cette dernière maladie, M. Chapplain a commencé par couper l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren, qui dans ce cas, comme dans tant d'autres, a réussi, sans donner lieu à aucun accident. Sur ce point, il n'y a encore rien d'exceptionnel dans l'observation. Mais après la chute de l'entérotome, l'ouverture anormale ne s'est pas resserrée et a continué à laisser passer les matières intestinales. La malade s'est donc trouvée dans les conditions où sont restés un bon nombre de sujets opérés par Dupuytren et ses successeurs, c'est-à-dire qu'elle a retrouvé la possibilité d'aller à la garde-robe, mais n'a pas cessé de perdre des matières intestinales par la voie anormale. M. Chapplain a voulu, à l'exemple d'un certain nombre de contemporains, utiliser les ressources actuelles de la chirurgie pour conduire sa malade à une entière guérison, et c'est sous ce rapport que son travail se recommande spécialement.

Voici donc en quoi a consisté l'opération complémentaire faite par l'auteur. Dans un premier temps, il a incisé avec un bistouri circulairement la muqueuse, dans le point où elle s'unissait à la peau. Dans un second temps, il a détruit les adhérences qui unissaient l'intestin aux téguments dans toute la circonférence de l'ouverture accidentelle et dans une étendue suffisante pour pouvoir appliquer des points de suture. L'auteur suppose qu'il a, dans ce second temps, mis à nu la surface séreuse de l'intestin. Dans un troisième temps, il pense avoir adossé cette surface à elle-même comme dans la méthode de M. Jobert (de Lamballe), et a placé, pour maintenir cet adossement, plusieurs points de suture. Le plus heureux succès a couronné l'opération. Après la chute des fils, la peau s'est cicatrisée par-dessus l'intestin cicatrisé lui-même préalablement, et il n'y eut plus, pour compléter la cure, qu'à cautériser une petite fistule qui restait à côté de l'ouverture principale déjà fermée.

Nous voudrions, Messieurs, pour vous faire apprécier plus dignement le travail de M. Chapplain, comparer son opération à celles du même genre qui ont été faites dans ces derniers temps, et dont il a été plusieurs fois question au sein de la Société. Mais ce désir ne peut être réalisé complétement pour deux raisons : d'abord, parce que M. Chapplain, n'ayant pas eu et n'ayant pu, en effet, avoir connaissance des travaux dus aux chirurgiens qui ont marché dans cette voie de la guérison définitive des anus contre nature, n'a pas été en mesure de nous dire lui-même quelles différences ou quelles analogies existaient entre leurs opérations et la sienne ; ensuite et surtout parce que sa description n'est pas assez précise pour que nous puissions savoir exactement comment il a procédé. Il commence par déclarer que son intention a été de ne pas détruire toutes les adhérences de l'intestin, et de ne pas lui rendre sa liberté. Cependant il ajoute qu'il a mis la séreuse à nu et l'a adossée à elle-même. Comment concilier ces deux propositions? De deux choses l'une : ou le chirurgien a coupé les adhérences dans toute leur épaisseur pour arriver sur la séreuse. On comprend alors qu'il ait pu faire l'adossement dont il parle, mais il est évident qu'il a dû rendre en même temps à l'intestin sa liberté, ouvrir la cavité péritonéale et exposer le malade à un épanchement stercoral dans le péritoine. Ou bien, il n'a pas dépassé toutes les adhérences, et n'a pas ouvert la cavité péritonéale ; mais alors ce ne sont pas les surfaces séreuses qui ont été adossées, comme l'auteur pense l'avoir fait, ce sont d'autres surfaces sanglantes. S'il nous fallait émettre une opinion, nous exprimerions celle-ci, savoir : que M. Chapplain a séparé,

à l'exemple de MM. Malgaigne et Denonvilliers, la tunique musculeuse épaissie de la séreuse, épaissie elle-même et adhérente, sans entamer cette dernière; qu'ensuite il a renversé vers l'intestin cette tunique musculeuse décollée, et l'a mise en contact avec elle-même par sa surface externe rendue saignante. Ce serait alors un exemple de succès par l'ingénieuse opération de MM. Denonvilliers et Malgaigne. Nous savons aujourd'hui que cette opération est favorisée par des conditions anatomiques qu'a très-bien formulées M. Legendre dans son travail lu devant la Société en 1856 (voyez le 1er *fascicule* du tome IV), et sur lequel j'ai eu l'honneur de vous présenter un rapport. Si cette interprétation n'est pas celle qui doit être donnée au travail de M. Chapplain, il serait nécessaire que l'auteur, après avoir pris connaissance des opérations dont nous venons de parler, expliquât lui-même en quoi a différé son procédé.

L'autre travail est relatif à la luxation sciatique du fémur.

L'auteur commence par un historique bien fait de cette variété de luxation dans laquelle la tête du fémur, au lieu d'occuper la fosse iliaque externe, comme dans la luxation iliaque, vient se placer plus bas, c'est-à-dire sur l'épine sciatique, le petit ligament sacro-sciatique et l'échancrure sciatique elle-même. Au lieu d'admettre avec MM. Malgaigne et Nélaton que cette luxation doit être rejetée, il veut, au contraire, avec A. Cooper, qu'elle soit conservée dans nos descriptions, parce qu'elle se rencontre dans la pratique, et peut offrir des difficultés auxquelles il est bon d'être préparé par ses études antérieures.

M. Chapplain invoque à l'appui de cette opinion une observation intéressante, dont voici les principaux détails : Chute d'un lieu élevé ; symptômes bien accusés de luxation en dehors de la cuisse : rien cependant qui annonce une luxation insolite ou sciatique. Tentatives de réduction par la demi-flexion, sans chloroforme, ou plutôt avec anesthésie imparfaite ; échec complet. Nouvelle tentative, le surlendemain, par des tractions sur le membre étendu au moyen des mouffles ; même échec. M. Chapplain se prend à douter alors qu'il s'agisse d'une luxation ordinaire, et à croire qu'il a affaire à une luxation sciatique, dans laquelle la tête du fémur, sortie par la partie inférieure de la capsule, sans déchirer ni le pyramidal, ni les jumeaux et l'obturateur interne, comme dans l'observation de M. Parmentier, ni peut-être le carré crural, est venue se placer au-devant de ces muscles, et, bridée par eux, ne peut retourner à sa place. Quant à des signes cliniques propres à faire reconnaître cette variété de déplacement, M. Chapplain n'en indique pas. Vainement fait-il des expériences sur le cadavre ;

il produit bien cette luxation, mais il ne parvient pas à lui rencontrer des caractères spéciaux. Seulement ces expériences, faites avec persévérance, l'amènent à trouver des manœuvres spéciales de réduction pour les cas de ce genre, savoir : des tractions d'abord sur le membre très-fortement fléchi, puis sur le membre ramené peu à peu à l'extension, et enfin une rotation en dehors. Mais comme, ici encore, l'auteur n'a pas mis dans sa description toute la clarté qui serait nécessaire, nous le laisserons expliquer lui-même comment il a procédé à la réduction sur son malade, après les études cadavériques dont nous avons parlé.

« Je commence, dit-il, à porter le membre en dedans et en haut, de manière à exécuter la traction au moyen des mouffles, dans lo sens de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté sain ; le membre est dans l'adduction forcée, appliqué sur le ventre ; la force est portée à 50 kilogrammes. Cette position a pour but de ramener la tête du fémur dans le sens de la gouttière post-cotyloïdienne, et sert à éviter le rebord cotyloïdien. Après avoir maintenu cette force pendant quelques instants, le moment me paraît venu de dégager la tête de la couronne tendineuse qui l'arrête. Me servant alors de la jambe fléchie comme d'un levier, je force le mouvement de rotation du col, de manière à le rapprocher de la surface osseuse iliaque externe ; de cette façon, j'abaisse la tête du fémur au-dessous des tendons, comme on le fait pour passer au-dessous d'une corde ou d'une table trop basse. A peine ce mouvement est-il exécuté, que pour la première fois nous sentons la tête abandonner ses rapports anormaux ; il ne me reste alors qu'à tirer la tête dans un sens qui la rapproche davantage de la cavité. Pour cela, je mets à profit mes divers points d'appui ; je fais suivre au membre une courbe qui le rapproche de plus en plus de l'extension. Quand il arrive au-dessous du genou sain, je fais cesser l'extension, et imprimant au membre un mouvement de circumduction qui porte le trochanter et la cuisse en dehors, je sens la tête rentrer dans sa cavité. Le sujet est transporté dans son lit, mais au repos, le membre fixé, moins dans la crainte de voir le déplacement se reproduire que pour maintenir le repos de l'articulation. »

Messieurs, pour comprendre cette manœuvre dans tous ses détails, nous aurions eu besoin de quelques éclaircissements donnés par l'auteur, ou de vérifications cadavériques faites par lui-même sous nos yeux. Les distances ne nous ayant pas permis de donner ces compléments à notre travail, nous nous contentons de vous lire textuellement ce qu'a fait M. Chapplain, en laissant à chacun de vous le soin d'ap-

précier et d'utiliser au besoin les préceptes qu'il nous transmet.

S'il pouvait ne rester aucun doute sur ce fait que la tête et le col étaient bridés par les jumeaux et l'obturateur, et que le procédé a été combiné de façon à faire passer la tête au delà de ces obstacles, le travail mériterait encore une plus grande attention ; mais comment être certain que l'auteur ait en réalité observé une luxation sciatique chez son malade ? Nous voyons bien qu'il a eu affaire à une de ces luxations difficiles à réduire, et qu'on ne réduit qu'après plusieurs essais, et en imprimant des mouvements dans plusieurs directions différentes, comme nous en avons tous rencontré des exemples. Mais pour que cette difficulté de réduction autorise à admettre une luxation insolite, il faudrait être sûr qu'elle ne se rencontre jamais dans les luxations ordinaires ou iliaques. Personne ne peut avoir cette certitude, car des obstacles fibreux peuvent, aussi bien que les obstacles musculaires, s'opposer à la réduction. Des signes cliniques seraient nécessaires pour appuyer l'opinion de M. Chapplain ; or ces signes lui ont manqué, et c'est précisément parce qu'ils manquent habituellement, que les auteurs dont nous avons parlé en commençant se sont crus autorisés à ne pas décrire la luxation sciatique. Anatomiquement, cette luxation existe, nul ne saurait le nier ; mais, sur le vivant, on ne la reconnaît pas. M. Chapplain pouvait émettre comme possible, probable, si l'on veut, l'existence de la luxation sciatique ; mais il nous paraît être allé trop loin en la donnant comme incontestable.

En définitive, malgré ces objections, les travaux de M. Chapplain prouvent que ce chirurgien est de ceux qui luttent avec zèle et persévérance contre les difficultés de la pratique, de ceux surtout qui n'épargnent aucune peine pour arriver au succès thérapeutique. Il occupe, d'ailleurs, dans les hôpitaux et dans l'enseignement, une position honorable.

Pour ces raisons, la commission vous propose :

1° De remercier M. Chapplain de ses communications ;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant ;

3° De renvoyer les deux travaux au comité de publication.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Michon, Verneuil et Gosselin, ces conclusions sont adoptées, et la Société décide, en outre, que le rapport de M. Gosselin sera inséré dans les Bulletins.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection du coude avec conservation du périoste. — M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société un malade dont il a déjà été question à propos du mémoire lu par M. le docteur Ollier (de Lyon), sur les résections sous-périostées. Cet homme a subi, le 29 janvier, la résection du coude. 8 centimètres de l'humérus, 3 centimètres des deux os de l'avant-bras ont été retranchés. La cicatrisation a marché très-vite, elle a été seulement un peu retardée par l'issue consécutive de deux petites esquilles. Aujourd'hui les cicatrices sont solides, et la région opérée n'est le siége d'aucune douleur; les extrémités des os réséqués sont solidement réunies par des tissus fibreux résistants, qui laissent toutefois encore une très-grande mobilité entre le bras et l'avant-bras.

Le fait majeur dans le cas actuel consiste dans la présence des renflements osseux bien marqués, qui terminent les os réséqués. L'extrémité inférieure de l'humérus offre au moins 3 ou 4 centimètres dans ses différents diamètres, quoique la section ait atteint la diaphyse. Le même épaississement se retrouve sur l'extrémité correspondante des os de l'avant-bras, quoique le radius ait été divisé immédiatement au-dessus de l'insertion du biceps, et le cubitus plus bas que l'insertion du brachial antérieur.

Ces renflements osseux sont encore distants entre eux d'un travers de doigt environ; mais lorsque la rétraction de la bride fibreuse unissante sera plus avancée, lorsque les muscles ayant repris leur force, tendront à rapprocher les os, les extrémités osseuses se fourniront réciproquement un large point d'appui, ce qui sera certainement très-favorable à la force et à la précision des mouvements.

C'est certainement à la conservation du périoste qu'il faut rapporter cette heureuse disposition. La capsule fibreuse conservée a sécrété de l'os par sa face interne, et a reproduit des espèces d'épiphyses. Les os ont également recouvré par le même travail un peu de leur longueur. En effet, quoique 11 centimètres du squelette aient été retranchés, si on mesure les deux bras dans une position symétrique, le membre réséqué n'offre que 6 centimètres de raccourcissement. Si l'on tient compte de l'écartement qui existe encore entre les deux extrémités de la pseudarthrose, on peut encore évaluer à plus de 3 centimètres la longueur récupérée depuis le moment de l'opération; il faut tenir compte dans ces mesures de l'atrophie générale du membre malade, qui depuis plusieurs années était, par le fait de la lésion, condamné à

l'immobilité, et cela à un âge où la croissance en longueur des os s'effectue encore avec activité.

L'opéré jouit de la santé la plus florissante, et l'on peut dire qu'il est complétement guéri de sa maladie articulaire. En revanche le rétablissement des fonctions est encore peu avancé ; aussi M. Verneuil n'eût-il pas fait cette présentation si le malade n'avait été sur le point de quitter définitivement Paris.

Lorsque le bras est pendant, l'articulation du coude est dans un degré de flexion assez prononcé, et l'avant-bras paraît encore assez pesant ; on peut cependant mettre le membre dans l'extension complète et dans la flexion à angle droit sans provoquer de douleurs. Mais les mouvements volontaires sont encore très-limités, à cause surtout de la faiblesse des muscles. Lorsque la résection fut pratiquée, l'immobilité prolongée à laquelle le membre était depuis longtemps astreint avait amené un tel degré d'atrophie du bras, que vers sa partie moyenne il n'était guère plus gros que celui d'un enfant de six ans. On n'y sentait presque plus de muscles, et ceux-ci n'exécutaient presque aucune contraction.

Aujourd'hui le membre a presque doublé de volume, et lorsque le malade essaye de fléchir l'avant-bras, on sent très-distinctement un muscle biceps, qui se durcit, à la vérité, faiblement encore. Il faut bien reconnaître que cette extrême atrophie des muscles est un obstacle au rétablissement prompt des mouvements. Aussi ne doit-on pas s'étonner si chez notre opéré les fonctions sont encore si rudimentaires. Au reste, quatre mois et demi sont un terme relativement court pour juger les résultats définitifs d'une résection du coude pratiquée pour une lésion organique très-étendue.

Quant aux mouvements des doigts et du poignet, ils sont conservés en totalité ; seulement ils sont encore faibles et manquent de précision. Tous les jours toutefois l'amélioration progresse sous ce rapport.

La sensibilité cutanée est partout conservée.

M. LEFORT donne lecture du résumé d'un mémoire sur la résection du genou.

Le travail de M. Lefort est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Guersant et Follin.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance du 22 juin 1859.

Présidence de M. Deguise fils.

Discussion sur le rapport de M. Broca.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, **M. GIRALDÈS** demande la parole à propos du rapport de M. Broca sur les tumeurs myéloïdes.

Les remarques importantes sur les tumeurs myéloïdes, consignées dans le très-intéressant rapport de M. Broca, m'ont suggéré quelques réflexions que je demande la permission de communiquer à la Société. La lecture de ce rapport, le compte rendu qui en a été fait dans quelques journaux, laissent supposer que son auteur a émis quelques assertions qui ne sont pas exactes.

Il me semble que M. Broca a dit que les tumeurs myéloïdes, décrites pour la première fois avec soin par M. Paget, avaient été confondues avec les tumeurs fibro-plastiques, et que toutes les descriptions données plus tard par les auteurs anglais se ressentaient de cette confusion ; que toutes les observations publiées par eux devaient être mises de côté, qu'il en fallait faire table rase, et commencer à nouveau l'étude de ces productions morbides; que, enfin, d'après les observations de M. Broca, ces tumeurs se développent principalement sur les mâchoires.

Tels sont, il me semble, les points principaux sur lesquels roule l'argumentation de l'auteur.

J'opposerai à ces remarques les travaux publiés sur cette question par MM. Henri Gray, Wilks et Hulke.

M. Henri Gray a publié, en 1856, dans le XXXIXe volume des *Med. chir. Transactions*, un mémoire dans lequel il étudie avec beaucoup de soin ces tumeurs, et où il démontre qu'elles sont exclusivement formées par des grandes plaques renfermant un grand nombre de noyaux, plaques analogues en tous points aux éléments qu'on trouve dans la moelle des os. Il établit dans ce travail que ces tumeurs peuvent se développer dans plusieurs points du squelette, et qu'elles ont un caractère de bénignité qui les distingue des autres productions morbides.

Plus tard, M. Wilks, dans le IIe volume du *Guy's Hospital reports* (1856), a décrit un cas de tumeur myéloïde de l'épaule. Dans les re-

marques qu'il ajoute à l'observation, il a bien soin de dire qu'il ne suffit pas qu'une tumeur contienne quelques cellules myéloïdes, pour être considérée comme appartenant à cette catégorie; mais qu'il faut qu'elle soit exclusivement formée de cet élément pour être regardée comme telle.

Il est donc bien établi que la confusion entre les tumeurs myéloïdes et fibro-plastiques n'est pas aussi générale que semble le dire M. Broca. Cette distinction se trouve encore dans un second travail du même auteur, publié dans le même recueil. Enfin, dans les *Transactions de la Société pathologique de Londres* sont consignées des observations en tête desquelles se trouve écrit : Tumeurs fibro-plastiques et tumeurs myéloïdes, ou simplement tumeurs myéloïdes, et la description correspond complétement au titre des observations.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer au travail de M. Hulke, inséré dans le deuxième numéro des *Archives of Medicine.*

Des observations qui précèdent, on peut donc dire qu'il n'est pas exact que les chirurgiens anglais confondent les tumeurs fibro-plastiques avec les tumeurs myéloïdes.

J'ajouterai pour terminer, contrairement à l'opinion établie par MM. Gray et Wilks, savoir : que ces tumeurs ne sont pas susceptibles de se généraliser, et qu'elles diffèrent par là des tumeurs fibro-plastiques; j'ajouterai, dis-je, un fait présenté par le même M. Wilks à la Société pathologique de Londres, fait qui vient démontrer que les tumeurs myéloïdes peuvent se généraliser.

M. BROCA. J'ai dit dans mon rapport que la plupart des observations publiées en Angleterre sous le titre de tumeurs myéloïdes, étaient relatives à des tumeurs fibro-plastiques, et je crois encore pouvoir le maintenir. Je n'ai pas prétendu que tous les chirurgiens anglais, sans exception, eussent commis cette confusion; j'ai même dit qu'il y avait dans les journaux de Londres de véritables observations de myéloïdes. Mais il y en a d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui se rapportent à des tumeurs fibro-plastiques. M. Paget, dont les leçons si justement célèbres ont été publiées dans un livre devenu classique, et dont les élèves sont répandus aujourd'hui dans toute la Grande-Bretagne, M. Paget, dis-je, n'a consacré aucun chapitre particulier à l'étude des tumeurs fibro-plastiques. Celles qui se composent uniquement de fibres fibro-plastiques ont été décrites par lui avec les tumeurs fibreuses ou fibroïdes; quant à celles qui renferment des noyaux, des cellules fibro-plastiques et des corps fusiformes, et qui sont bien plus nombreuses que les autres, il les a très-positivement confondues avec les myé-

loïdes; car il dit expressément dans la première page du chapitre, que ses tumeurs myéloïdes comprennent les tumeurs décrites par M. Lebert sous le nom de fibro-plastiques (*On tumours*, p. 212). La même assertion se retrouve à la page 210.

J'ai donc eu raison de dire que la classe des tumeurs myéloïdes, telle qu'on l'a étudiée jusqu'ici, renferme autre chose que des myéloïdes proprement dites, et qu'il est nécessaire de les étudier de nouveau en se mettant à l'abri de cette confusion. Il paraît que je n'ai pas été le seul à qui cela ait paru nécessaire, et M. Giraldès vient de nous dire que M. Wilks, en décrivant une myéloïde véritable, a fait remarquer qu'elle se composait exclusivement de plaques à noyaux multiples, et qu'elle devait être distinguée de celles où ces plaques figurent seulement à titre d'éléments accessoires. M. Giraldès nous a fait connaître en même temps, et je l'en remercie, un fait tout récent du même auteur, prouvant que les myéloïdes, quoique ordinairement bénignes, peuvent par exception, comme les chondromes et les fibromes, se généraliser dans l'organisme : c'est un fait précieux à enregistrer.

Je n'ai point dit que les myéloïdes véritables eussent toujours leur siége dans les mâchoires, puisque j'ai annoncé en avoir vu un cas dans le tibia. Seulement, les deux observations sur lesquelles roule mon rapport étant relatives l'une et l'autre à des tumeurs des mâchoires, j'ai dû prévenir que mes remarques n'avaient pas un caractère général, et que j'entendais les appliquer seulement aux myéloïdes des mâchoires.

M. GIRALDÈS. Je ne défends pas M. Paget, seulement je signale l'identité complète qui existe entre sa description et celle de M. Broca. Il faut du reste connaître la valeur des leçons de M. Paget, chirurgien des plus recommandables, ces leçons qui ne sont pas consacrées à l'étude des sujets les moins connus. Lorsqu'il a choisi la tumeur myéloïde, il croyait connaître tout ce qui avait été fait sur cette question. Depuis lors ses opinions se sont modifiées.

La Société décide que les travaux envoyés par les chirurgiens, en vue de leur candidature au titre de correspondants nationaux, seront renvoyés au comité de publication quand leurs auteurs auront été élus, avant que les commissions chargées d'examiner ces travaux aient fait leurs rapports.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection du bureau pour l'année 1859-1860.

Election du président : 25 votants.

MM. Marjolin, 18 voix ; Depaul, 1 ; Giraldès, 1 ; Danyau, 1 ; Morel-Lavallée, 1 ; Laborie, 1.

M. Marjolin est nommé président.

Election du vice-président : 25 votants.

MM. Laborie, 11 voix ; Morel-Lavallée, 6 ; Richet, 4 ; Danyau, 2.

Aucun des candidats n'ayant la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. Laborie, 11 voix ; Morel-Lavallée, 6 ; Richet, 6.

3ᵉ tour de scrutin, ballottage entre MM. Morel-Lavallée et Richet pour désigner celui de ces deux candidats qui sera ballotté avec M. Laborie.

MM. Morel-Lavallée, 16 voix ; Richet, 7.

Dernier tour, ballottage entre M. Laborie et M. Morel-Lavallée.

MM. Laborie, 17 voix ; Morel-Lavallée, 6.

M. Laborie est élu vice-président.

Election des secrétaires annuels. — Premier secrétaire : 22 votants.

MM. Depaul, 12 voix ; Richard, 6 ; Morel-Lavallée, 2 ; Boinet, 2.

M. Depaul est élu premier secrétaire.

Deuxième secrétaire. — 1ᵉʳ tour de scrutin.

MM. Richard, 8 voix ; Legouest, 6 ; Boinet, 6 ; Robert, 1 ; Jarjavay, 1.

2ᵉ tour de scrutin. — M. Legouest réunit l'unanimité des suffrages, il est nommé 2ᵉ secrétaire.

Nomination du trésorier et du bibliothécaire archiviste.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus par acclamation dans ces fonctions.

Comité de publication : 17 votants.

Ont été élus : MM. Laborie, 16 voix ; Morel-Lavallée, 14 ; Follin, 14.

Commission des congés.

Sont élus : MM. Boinet, 12 voix ; Morel-Lavallée, 11 ; Cazeaux, 11.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY communique l'observation suivante :

Polype intra-utérin ayant amené par son développement une pression considérable de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie sur la symphyse pubienne. — Destruction consécutive partielle de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie. Mort. Autopsie. — Une jeune femme de vingt-quatre ans,

mariée depuis sept mois, n'ayant jamais été bien réglée, est entrée dans le service de M. Monod, à la Maison de santé, le 24 mai dernier. En ville, elle avait déjà été vue par MM. Monod et Depaul, qui l'engagèrent à se faire transporter à la Maison de santé.

Le diagnostic de ces deux praticiens avait été le même; l'un et l'autre avaient reconnu que l'utérus, qui remplissait tout le petit bassin, où il était comme enclavé, et qui dépassait de deux travers de doigt la symphyse pubienne, était rempli par un corps fibreux pédiculé ou sessile.

L'état de la malade était inquiétant; elle avait de la fièvre et une agitation continuelle; elle éprouvait souvent des contractions utérines fort douloureuses; de plus, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre; elle n'avait point de sommeil ni jour ni nuit. Elle éprouvait de grandes difficultés pour uriner et aller à la garde-robe; on la sondait néanmoins avec assez de facilité.

M. Huguier, à la demande de M. Monod, vint voir la malade, l'examina avec soin, et fut d'avis, comme nous, qu'il fallait dilater le col, déterminer le siége précis de la tumeur, et en faire l'ablation si cette dernière était pédiculée.

Notre honorable collègue eut la bonté de nous prêter ses instruments dilatateurs du col, et au bout de deux séances de quelques minutes chaque fois, il fut facile, à l'aide d'une éponge préparée, de dilater suffisamment le col utérin pour bien étudier la position de la tumeur, et de constater qu'elle était volumineuse et libre dans la cavité utérine, et qu'elle prenait son implantation sur la paroi antérieure de cet organe. Mais l'exploration de la cavité utérine permit aussi de constater que la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie avaient été perforées dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, et que la vessie se vidait en partie dans l'utérus. Une partie de l'urine coulait encore par l'urèthre. Le doigt introduit dans la cavité utérine et replié en crochet arrivait sur la symphyse pubienne. Cette circonstance et l'état grave de la malade me détournèrent de toute opération.

Deux ou trois jours après cette constatation, c'est-à-dire le 12 juin, la malade succombait aux suites d'une péritonite déjà ancienne, et qui s'était généralisée en peu de jours.

A l'autopsie, nous trouvons une péritonite généralisée, et l'utérus enclavé dans le petit bassin. La paroi antérieure de cet organe et les deux parois de la vessie avaient été ou usées ou gangrenées dans l'étendue environ d'une pièce de 5 francs, de sorte que le polype venait s'appuyer sur la symphyse pubienne, et que l'urine s'écoulait en partie

dans la cavité utérine, ce qui rendait compte de la grande quantité de liquide que nous avions trouvée dans la cavité utérine après la dilatation du col.

De plus grands détails seront consignés dans l'observation complète qui sera publiée par M. Long, interne du service.

M. DEPAUL. J'ai vu cette malade avant son entrée à la Maison de santé; elle était traitée par deux de nos confrères qui avaient pensé qu'il s'agissait d'une grossesse avec menace d'avortement. L'erreur était facile à reconnaître, et l'on constatait sans peine la présence d'une tumeur intra-utérine. L'utérus était assez profondément engagé dans le bassin. Le col, aminci, mais très-peu dilatable, se présentait dans les conditions que l'on rencontre chez les femmes en couches lorsque la dilatation est imminente.

J'aurais été disposé à débrider cet organe, comme cela se pratique dans certains cas de dystocie par rigidité du col. A ce moment, je puis assurer qu'il ne devait pas exister de perforation de la vessie : il ne s'écoulait absolument pas de sang.

Je conseillai de transporter la malade à la Maison de santé. J'aurais désiré, si j'avais eu un hystéromètre, m'assurer du lieu d'implantation de la tumeur ; c'est dans les cas de ce genre que je pense qu'il est utile de se servir de cet instrument.

Ce que je signale comme spécialement remarquable, c'est l'enclavement de la tumeur dans la cavité pelvienne, où elle s'était si bien immobilisée qu'il était impossible de lui faire subir le moindre mouvement même en la refoulant en haut.

La malade éprouvait de violentes et fréquentes douleurs expulsives. Elle urinait difficilement ; on pouvait néanmoins, quoique avec peine, faire pénétrer dans la vessie une sonde très-souple en gomme élastique.

La tumeur en s'accroissant incessamment a déterminé une gangrène par pression, de telle sorte que la perforation doit être attribuée non pas à l'usure, mais à la gangrène.

M. CHASSAIGNAC rappelle que dans les mémoires de la Société, on a reproduit une observation de ce genre appartenant à M. Loir. La tumeur avait perforé la paroi abdominale antérieure.

M. HUGUIER. J'avais fait ce que M. Depaul aurait eu l'intention d'exécuter; j'ai cathétérisé l'utérus, et j'ai reconnu le siége précis du pédicule. L'observation de M. Loir, à laquelle M. Chassaignac a fait allusion, n'a aucun rapport avec celle de M. Demarquay.

Enorme lipome développé dans le scrotum. — M. DEGUISE fils présente, au nom de M. Bernard (de Moulins), une énorme tumeur graisseuse ayant presque le volume de la tête ; elle était logée dans le scrotum ; le malade qui la portait était un jeune soldat ; il en faisait remonter l'origine à une dizaine d'années seulement.

Le diagnostic avait été très-hésitant, et les avis, dans une consultation, s'étaient partagés. La nature de la tumeur ne fut évidente qu'après l'incision. Cette incision dut avoir une longueur de 30 centimètres. L'énucléation se fit avec facilité, le malade guérit.

M. CHASSAIGNAC a rencontré chez un vieillard un lipome partant de l'aine et se prolongeant dans le scrotum. Il crut à la fluctuation et pratiqua une incision ; on reconnut alors seulement que c'était un lipome : la suppuration s'empara de la tumeur, qui disparut peu à peu.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 29 *juin* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, la thèse inaugurale de M. Vaquès *sur l'amputation de M. Malgaigne* (amputation sous-astragalienne). Paris, 1859 ; 180 pages in-4°, avec planches et tableaux.

— M. Bertrand Duborry, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse, comme candidat au prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Études sur la cataracte*. Paris, 1859, in-4°.

— MM. Benoît, Chaumet, Denucé, Serres (d'Alais) et Sœber, récemment élus membres correspondants nationaux, adressent à la Société des lettres de remercîment.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée depuis longtemps à la Société par M. Louis Ciniselli (de Crémone), candidat au titre de correspondant étranger.

Voici cette observation, qui avait été par erreur déposée aux archives, et qui n'avait point encore été communiquée à la Société :

Anévrysme poplité guéri par la compression indirecte, par M. CINISELLI. — Un homme de soixante-six ans, laboureur, atteint d'une double hernie scrotale volumineuse et irréductible, entra à l'hôpital de Crémone, dans ma division, le 24 juin 1857, pour y être traité d'une maladie de la jambe droite.

Il me raconta qu'au mois d'août 1813, en combattant dans l'armée italienne, il reçut un coup de feu à la cuisse droite, vers le milieu de la face interne, où l'on voit aujourd'hui une vaste cicatrice transversale. La plaie, bien que profonde, n'était pas compliquée, et guérit après quelques mois. On lui disait que le projectile était resté dans les chairs; en effet, il semblait s'être placé dans le tissu cellulaire au-dessus du condyle interne du fémur, où il y avait une tuméfaction permanente, avec une sourde douleur qui ne le quitta jamais. Cette douleur augmenta au printemps de cette année.

Dans les premiers jours de juin, il s'aperçut que la tuméfaction au côté interne du genou avait augmenté aussi bien en haut et en bas qu'en arrière; elle offrait des pulsations qu'il n'avait jamais senties auparavant, et qui lui ôtaient le sommeil; les mouvements du genou devenaient chaque jour de plus en plus gênés.

A l'entrée du malade dans l'hôpital (24 juin), la tumeur avait envahi la moitié supérieure du creux du jarret, s'étendant en haut et du côté interne de la cuisse jusqu'à en occuper tout le tiers inférieur; sa circonférence, la partie inférieure de la cuisse comprise, mesurait 39 centimètres; les pulsations étaient très-violentes; la tumeur s'affaissait sous la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine, montrant que dans sa cavité il n'y avait ni dépôt fibrineux ni commencement de coagulation. Elle était molle et augmentait de jour en jour. Les pulsations de la fémorale, au-dessous de la cicatrice jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, étaient très-fortes; il y avait anxiété précordiale; on comptait 80 pulsations par minute.

Les premiers soins furent destinés à apaiser le trouble de la circulation, ce que j'obtins par la glace à l'intérieur, et sur la tumeur, la digitale et le nitre. Je songeai alors à la compression indirecte; c'était presque le seul moyen sur lequel je pouvais compter dans ce cas, qui la réclamait sans délai.

Je voulais employer le compresseur élastique de M. Broca que j'avais fait demander à Paris. Mais je ne pus l'attendre, car il fallait agir

aussitôt. En ce temps-là, je ne connaissais cet instrument que par le résultat obtenu à la clinique de Pavie; cependant son nom m'a suggéré l'emploi d'un corps élastique, tel qu'un petit ballon de caoutchouc vulcanisé, ayant 9 centimètres de diamètre, que je mis sur la fémorale, au tiers supérieur de la cuisse, en le comprimant au moyen du tourniquet de Petit renversé, et en défendant la partie postérieure de la cuisse par une gouttière de carton. Le tourniquet ainsi appliqué agissait sur le ballon comme le compresseur de Senff agit sur les chairs.

La compression n'était pas portée au point d'arrêter entièrement les pulsations dans la tumeur; elle ne faisait qu'en modérer la violence. De plus elle manqua plusieurs fois après 4, 6, 10, 12 heures, parce que le corps élastique s'échappait de dessous le compresseur. Pour empêcher que la tumeur ne s'accrût davantage sous l'impulsion du sang, on la conservait toujours couverte de glace.

Après cinq jours le volume de la tumeur avait un peu augmenté; mais sous la compression parfaite de la fémorale au pli de l'aine, elle ne s'affaissait plus; elle était plus consistante; les pulsations étaient moins vives; tout cela m'annonça le commencement de la coagulation fibrineuse dans l'anévrysme. Il survint alors une gastrite avec fièvre, sous l'exaltation de laquelle la tumeur donna des marques différentes d'inflammation; la glace ne fut plus tolérée, il fallut la suspendre, ainsi que la compression, pendant treize jours. Dans le cours de cette maladie, la tumeur continua à s'accroître, en haut jusque près de la cicatrice, et en bas dans le creux du jarret, mesurant une circonférence de 44 centimètres.

Tandis que la distension de la tumeur avait augmenté, les pulsations avaient diminué de telle façon qu'on les reconnaissait distinctes seulement dans la région poplitée; elles étaient presque éteintes ailleurs, et aussi à la partie interne, où auparavant elles étaient très-violentes. Sous la compression exacte de la fémorale au pli de l'aine, la tumeur ne perdait qu'un centimètre de sa circonférence.

La gastrite passée, je repris la compression au même degré qu'auparavant, mais sur le pubis, employant le même ballon comprimé par un spica; elle eut une durée de sept heures les deux premiers jours et de vingt-quatre heures le troisième. Je dus alors la quitter, parce que la tumeur devint douloureuse, tendue, chaude; la douleur s'irradiait le long de la fémorale. Mais peu de jours après le calme revint, et l'on trouva l'anévrysme solide partout, avec une sourde et profonde pulsation à la région poplitée, que j'attribuais au passage du sang dans l'artère; la

34.

tumeur ne se réduisait plus du tout sous la compression parfaite de la fémorale au pli de l'aine (30 juillet 1857).

Dès ce moment je tins l'anévrysme pour guéri. Il se développa ensuite un vaisseau anastomotique à la partie interne de la tumeur, tandis que celle-ci devenait de plus en plus dure.

Aujourd'hui, 25 octobre 1857, la tumeur est parfaitement solide; elle a diminué, mais elle est encore très-volumineuse. J'espère que la résorption s'achèvera peu à peu. Mais je puis faire remarquer dès maintenant qu'un anévrysme d'un volume extraordinaire, et dans des circonstances très-défavorables, a été guéri par la compression indirecte, imparfaite et interrompue, dont M. Broca a fait connaître l'importance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Absence de l'iris et du cristallin. — M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel on constate les particularités suivantes : l'œil droit présente une cataracte complète ; l'œil gauche paraît être dépourvu d'iris et de cristallin. Le malade donne sur les causes et l'origine de cette altération de l'œil les détails suivants :

En 1842, il reçut un coup d'ongle qui fit une plaie sur la sclérotique, près de la partie supérieure de la cornée. Une violente inflammation suivit cette lésion, et c'est à la suite de cette inflammation que l'œil, jusqu'alors dans un état normal, subit par une espèce de résorption la perte de l'iris et du cristallin. La vision, quoique moins bonne, s'est conservée, et le grand jour n'affaiblit pas la fonction. Avant l'invention de l'ophthalmoscope, dit M. Chassaignac, je n'aurais pas soupçonné l'absence de l'iris ; on aurait pu croire simplement à une coloration noire qui l'aurait rendu invisible. Mais à l'aide de cet instrument, j'ai pu parfaitement reconnaître que cet organe n'existait plus.

Quant à l'absence du cristallin, elle est rendue évidente par l'expérience de la reproduction de la lumière suivant le procédé de Samson. On ne voit, en effet, qu'une seule lumière.

M. LENOIR. L'absence congénitale de l'iris, sans être commune, a cependant été constatée un assez grand nombre de fois. Il n'en est pas de même de sa résorption traumatique : je n'en connais aucun exemple. Aussi doit-on se demander si cette anomalie est bien le résultat d'une inflammation, et si elle ne serait pas congénitale.

M. ROBERT. Je partage les doutes de M. Lenoir. Si, en effet, une inflammation avait produit de tels désordres, on devrait en trouver des traces sur l'œil du malade. C'est là un fait qui paraît absolument con-

traire à toutes les données de la physiologie pathologique, et je suis bien plus disposé à considérer la lésion comme congénitale; car on ne saurait apporter trop de sévérité dans l'appréciation étiologique d'une pareille affection.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne puis accepter les opinions de MM. Lenoir et Robert. Les explications données par le malade me paraissent ne laisser aucun doute sur l'origine de la lésion. Son œil, en effet, avant l'accident arrivé en 1842, était excellent et dans des conditions physiologiques normales.

Du reste, à l'appui de cette appréciation, viennent se présenter des faits analogues qui en démontrent la possibilité.

En 1834, dans le service de M. Cloquet, j'ai vu un malade dans des conditions semblables. Cet homme avait reçu sur l'œil un coup de corne de bœuf. La violence du choc avait déterminé le décollement de toute la circonférence de l'iris, sans plaie de la sclérotique ni de la cornée. L'iris avait été rejeté en bas, et avait conservé en ce point seulement une adhérence. On le retrouvait pelotonné à la partie inférieure de la cornée.

Sur le malade de M. Chassaignac, j'ai cru reconnaître en bas également quelques vestiges de cette membrane.

Je me rattache donc à l'interprétation étiologique donnée par M. Chassaignac; seulement je suis disposé à admettre que la plaie de la cornée a pu donner issue au cristallin et à une grande partie de l'iris. On trouve dans Mackensie une observation de ce genre.

M. Robert s'étonne avec raison de ne retrouver sur l'œil ou dans son intérieur aucune trace d'une inflammation assez violente pour avoir produit de pareils désordres. La règle, en eff t, est de rencontrer, après un traumatisme aussi grave, des altérations des différents milieux de l'œil; mais cette règle souffre des exceptions relativement assez nombreuses. Aussi, dans l'observation que j'ai rapportée, le décollement de l'iris a été l'unique lésion; et des faits bien avérés prouvent que des corps étrangers assez volumineux peuvent violemment pénétrer dans l'œil et y séjourner assez longtemps sans déterminer d'altération de l'organe. Ainsi la Société a pu connaître un cas de perforation de l'œil par un morceau de verre qui séjourna pendant assez longtemps dans cet organe sans abolir ses fonctions. J'ai observé un autre exemple de séjour dans l'œil d'un morceau de pierre; l'œil fut également conservé.

M. CHASSAIGNAC. On peut encore, chez mon malade, retrouver

sur la partie supérieure la trace de la plaie produite en 1842. Ainsi l'historique de l'affection peut être vérifié.

Quant aux phénomènes de résorption, il existe en pathologie oculaire des faits qui ne permettent pas de révoquer en doute leur réalité. J'approuve, du reste, la sévérité de nos collègues dans l'appréciation du fait que je soumets à l'examen de la Société. Je n'ai, pour mon compte, accepté l'interprétation que je donne qu'après m'être livré aux investigations les plus minutieuses.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Production d'excroissances dans l'intérieur du larynx chez une femme syphilitique. — Mort subite. — Il y a quelques jours, dit M. HUGUIER, s'est présentée à la consultation une femme dans les conditions suivantes :

Elle était aphone, présentant un état très-grave de dyspnée avec des exacerbations violentes. On remarquait une grande ulcération sur l'une des amygdales ; l'autre en présentait également une presque cicatrisée. Je reçus cette malade dans la pensée qu'à un moment donné il pourrait devenir nécessaire de lui pratiquer la trachéotomie.

Les antécédents de cette femme indiquaient qu'elle était sous l'influence de la syphilis.

Le lendemain de son entrée, et pendant un grand orage, la malade succomba. On la trouva morte dans son lit.

A l'autopsie, on trouva le larynx bouché par une tumeur ayant les caractères les plus tranchés des excroissances dites choux-fleurs. Cette tumeur naissait principalement sur la corde vocale inférieure droite ; on en rencontra également dans le ventricule du larynx du même côté.

Il me paraît évident que ces productions sont de nature syphilitique. M. Cullerier, qui les a examinées, partage cette conviction ; je sais que ces excroissances peuvent se produire sur des individus non vérolés, mais, contrairement à l'opinion de M. Ricord, je les crois souvent syphilitiques, comme cela paraît être dans le fait que j'ai l'honneur de communiquer à la Société. Ces excroissances ont une tendance à paraître là où il y a eu d'autres accidents syphilitiques.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

COMITÉ SECRET.

Rapport, au nom d'une commission composée de MM. Broca, Danyau, Depaul, Robert et Giraldès, rapporteur, sur le choix des candidats aux places vacantes de membres associés étrangers.

M. GIRALDÈS, après avoir analysé et discuté les titres des chirurgiens que la Société doit désirer s'adjoindre comme associés étrangers, propose, au nom de la commission, de nommer : MM. F. Scanzoni, professeur à l'Université de Wurtzbourg ; G. T. L. Stromeyer, ancien professeur à l'Université de Kiel, médecin en chef de l'armée hanovrienne ; James Syme, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg.

RAPPORT.

Au nom d'une commission composée de MM. Robert, Depaul, Giraldès, Broca, M. Verneuil, rapporteur, propose de nommer membres correspondants étrangers MM. Blasius, de Halle; Boeck, de Christiania; Ciniselli, de Crémone; Cornaz, de Suisse; Fabbri, de Bologne; Friedberg, de Berlin; Larghi, de Bologne; Ried, d'Iéna; Regnoli, de Pise; Soupart, de Gand; Thompson, de Londres; Vanzetti, de Padoue.

La Société procédera à ces élections dans la première séance.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que le banquet annuel n'aura pas lieu cette année. L'argent destiné à cet usage sera offert à la Souscription ouverte en faveur des soldats blessés de l'armée d'Italie.

Le secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 6 *juillet* 1859.

Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Bulletin de la Société de médecine de Besançon pour l'année 1858.

— *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1859, t. II. Prague, 1859, in-8°.

— *Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, 4e fascicule. Bruxelles, 1859, in-4°.

— M. le professeur Michel, de Strasbourg, récemment élu membre correspondant national, écrit à la Société pour remercier ses nouveaux collègues de lui avoir donné leurs suffrages.

— M. le docteur Richard, de Toulouse, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Chassaignac, un travail intitulé : *De l'hystéroptose et de son traitement.* (Commissaires, MM. Huguier, Caseaux, Depaul.)

Végétations dans le larynx. Mort. — A propos du procès-verbal, M. VERNEUIL rapporte un fait analogue à celui communiqué dans la dernière séance par M. Huguier.

Un malade fut admis à l'Hôtel-Dieu pour un phlegmon diffus de la partie antérieure du cou ; les internes qui le virent à la visite du soir n'osèrent pas l'inciser, la mort survint subitement dans la nuit même.

A l'autopsie, nous nous attendions à trouver un abcès s'étant ouvert dans la trachée ; mais il n'en fut rien. Une dissection attentive nous démontra que le foyer s'arrêtait sur l'aponévrose cervicale profonde. Incisant alors le larynx, nous avons trouvé une quantité considérable de végétations implantées sur la muqueuse ; toute cette membrane en était couverte. Elles n'obstruaient pas complétement le tube laryngien, mais on conçoit qu'elles aient pu produire l'asphyxie.

Quant à la nature de ces végétations, nous n'avons pu la déterminer.

Fractures des mâchoires. Traitement par l'appareil de gutta-percha.

Plusieurs faits successivement communiqués à la Société de chirurgie.

Rapport par M. MOREL-LAVALLÉE.

Vous avez reçu de différents chirurgiens quatre observations de fracture des maxillaires. Toutes vous ont paru dignes d'attention, et, dans la pensée qu'elles gagneraient à être rapprochées dans un commun examen, vous avez bien voulu nous charger de vous en rendre compte. C'est cette tâche que nous venons essayer de remplir aujourd'hui.

Dans deux de ces cas, la solution de continuité portait sur le maxillaire inférieur seul ; dans un troisième, c'était le maxillaire supérieur qui en était le siége unique ; enfin, le quatrième offrait l'exemple rare d'une fracture simultanée des deux mâchoires.

Chacun de ces faits jette sa part de lumière sur la question du traitement, et sans négliger ce qu'ils ont d'ailleurs d'intéressant, nous les prendrons surtout du côté thérapeutique : c'est dans cet esprit qu'ils ont été présentés par leurs auteurs ; et n'est-ce pas aussi le but final des efforts de l'art ?

Le premier cas est de ceux qui peuvent — jusqu'à un certain point — se passer d'appareil. Il appartient à M. Lhonneur, aide-major à l'hôpital du Dey, à Alger, et ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il s'agit d'un mousse de treize ans, qui, en jouant dans la mâture, tomba d'une hauteur d'environ 10 mètres sur le pont. Il se cassa les deux mâchoires, toutes deux sur la ligne médiane. Pour M. Lhonneur, il y avait à la mâchoire supérieure quelque chose de moins ordinaire qu'une fracture, c'est-à-dire une disjonction des os maxillaires, mais le trait de la solution de continuité était placé un peu à droite du raphé muqueux. Toujours est-il qu'il y avait à la voûte palatine une fente large, — en avant de 3 à 4 millimètres, — et d'à peu près 1 centimètre en arrière. En outre, le maxillaire droit avait subi un enfoncement dont l'étendue était mesurée par toute la largeur de la couronne d'une petite molaire. L'os palatin était également reculé de 3 à 4 millimètres.

La mâchoire inférieure est fracturée verticalement entre les deux incisives médianes. La gencive, intacte en avant, est déchirée en arrière. Cet écartement des fragments de la mâchoire supérieure, plus marqué en arrière qu'en avant, l'intégrité du périoste en avant et sa rupture en arrière, sont, avec la lésion des parties molles du menton, une révélation du mécanisme de la fracture simultanée des deux mâchoires. Ces deux arcs osseux, en portant par le milieu de leur convexité sur le pont du navire, ont subi un violent effort de redressement, qui les a fait céder d'abord par leur concavité. L'auteur avait déjà donné cette théorie étiologique pour la fracture de la mâchoire inférieure; mais elle m'a paru s'appliquer tout aussi bien à la fracture de la mâchoire supérieure.

Cette fracture de la mâchoire supérieure était encore remarquable par une ecchymose sous-conjonctivale qui existait aux deux yeux, ecchymose due sans doute, à droite, à une fracture de l'apophyse montante, et à gauche, à la propagation de l'ébranlement, ou peut-être à l'extension de la fracture elle-même. La signification de ce symptôme a été encore très-bien saisie par l'observateur.

Il signale l'âge du blessé comme un fait nouveau dans l'histoire des fractures de la mâchoire inférieure. Le mousse avait, en effet, à peine treize ans, et c'est d'après nos meilleurs classiques, le *Compendium de chirurgie*, par exemple, la limite initiale de la période de la vie où cette lésion se rencontre. Cependant j'ai vu cette fracture chez une petite fille de dix ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, et tout ré-

cemment chez un garçon de huit ans, qui avait été renversé sous les pieds d'un cheval.

M. Lhonneur fait également ressortir la rareté de la fracture verticale de la symphyse du maxillaire inférieur. Il a raison, mais moins peut-être qu'on ne pense. Sur une quinzaine de cas je l'ai observée deux fois. Elle est donc rare en réalité, si l'on compare en bloc la fracture de la symphyse à celles de tout le reste de l'os. Mais voici un autre point de vue : compare-t-on, au contraire, la fracture qui passe entre les deux incisives médianes à celles qui correspondent à chacun des trente autres interstices dentaires, le rapport change, et la fracture de la symphyse, plus rare que celle des interstices antérieurs, devient plus fréquente que celle des intorstices postérieurs. C'est ainsi, ce me semble, que la question devait être posée.

Arrivons à celle du traitement. Nous avons dit que le cas de M. Lhonneur était de ceux où l'application d'un appareil paraît le moins nécessaire. A la mâchoire supérieure, irréductibilité et immobilité des fragments : il ne semble donc pas qu'il y eût là rien à contenir, puisque rien ne tendait à se déplacer.

A la mâchoire inférieure, le périoste, resté intact en avant, ne permettait qu'un déplacement à peine sensible, et formait en quelque sorte un appareil naturel, qui pouvait dispenser de tout autre. Aucun, en effet, n'a été appliqué, et la consolidation ne s'en est pas moins opérée.

Nous avons fait nos réserves à cet égard. Il serait dangereux de donner aux cas de ce genre une interprétation forcée, et de les ériger en doctrine. Si ces fractures sans déplacement et sans mobilité notables peuvent guérir en quelque sorte d'elles-mêmes, la consolidation ne sera-t-elle pas bien autrement sûre et bien autrement parfaite avec un appareil qui assujettit les fragments dans leurs rapports normaux? Cela est vrai surtout des fractures du maxillaire inférieur, le plus mobile des os du squelette. Pas un mouvement de préhension des aliments, de mastication, de déglutition, pas même de la déglutition involontaire de la salive, pas une parole, pas un bâillement, pas un soupir qui ne retentisse à la fracture. Y a-t-il rien de plus défavorable à la consolidation, je ne dis pas à la consolidation régulière, que cette perpétuelle agitation des fragments? Aussi n'est-il pas rare de rencontrer de ces fractures sans déplacement et sans traitement, où la suppuration s'établit dans le foyer, et s'y éternise sans que la réunion fasse un pas.

Il vient encore de s'en présenter un cas à ma consultation de l'hôpital Saint-Antoine. La fracture date d'un mois ; elle siége entre la seconde incisive inférieure et la canine du côté droit ; elle est sans aucune

trace de déplacement, et la mobilité ne s'y manifeste que sous un effort considérable qui tend à infléchir le maxillaire sur son bord inférieur ; alors les deux dents voisines s'écartent l'une de l'autre d'environ deux millimètres au sommet de leur couronne, révélant ainsi à la fois et l'existence et la situation de la solution de continuité de l'os. En même temps quelques gouttes de pus s'échappent entre les deux dents et aussi par un petit pertuis placé un peu au-dessous de leur implantation. Il y a de plus, au bord inférieur de la mâchoire, au niveau de la fracture, un engorgement dur et assez étendu. Le moule en gutta-percha que j'ai appliqué aura bientôt fait disparaître, avec sa cause, toute cette inflammation, en procurant une rapide guérison.

Une faute a été commise par le chirurgien du bord : en donnant les premiers soins au blessé, il enleva des dents luxées, encore adhérentes aux gencives ; or on sait que réduites et maintenues dans leurs alvéoles par le moule de gutta-percha, elles se seraient infailliblement consolidées.

Suivant l'auteur, il n'était pas permis de songer à la ligature des dents, parce qu'elles étaient trop serrées pour recevoir un fil dans leurs intervalles. Il est quelquefois impossible, en effet, de passer un fil entre les couronnes, mais au niveau du collet c'est toujours facile, au moins si j'en juge par mon expérience. M. Lhonneur a commis là une heureuse erreur, puisqu'elle l'a détourné d'un moyen infidèle et plein de péril.

J'aurais encore quelques remarques à faire ; mais elles se présenteront d'elles-mêmes à l'esprit du lecteur, car l'observation sera certainement publiée, et il en est peu qui en soi nt plus dignes. Déjà intéressante par la simultanéité de la fracture des deux mâchoires, elle l'est encore par la netteté de l'exposition des symptômes et par la justesse de leur appréciation.

Voici ce fait :

Disjonction des os maxillaires supérieurs, avec enfoncement du maxillaire droit. — Fracture au niveau de la symphyse du maxillaire inférieur. — Fracture sus-condylienne du fémur droit.

Mohamed-ben-Ali, 13 ans, mousse à bord de la frégate-école *l'Allier*, entre à l'hôpital du Dey, salle 3, n° 40, le 7 octobre 1858, et sort guéri le 15 décembre.

Le 7 au matin, en jouant avec un de ses camarades sur la hune d'artimon, à une hauteur d'environ 30 pieds, il glisse et tombe. Dans sa chute, il heurte en travers (par la cuisse droite) la corne du grand

mât (vergue située à $1^{m}50$ du pont), et va frapper, la face la première, le pont du navire. Il ne perd point connaissance. Le chirurgien du bord appelé constate, entre autres lésions, une fracture de la cuisse droite, des plaies à la face, une fracture du maxillaire inférieur, et un écrasement du bord alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur, avec luxation de plusieurs dents. Il applique un appareil contentif sur le membre fracturé, enlève les dents incisives supérieures presque détachées avec les fragments d'alvéoles y adhérant, et envoie le blessé à l'hôpital. Un écoulement sanguin peu abondant avait lieu par les narines ; cet écoulement s'arrête spontanément quelques heures après l'entrée du blessé à l'hôpital.

Le 8 octobre, à la visite, nous constatons l'état suivant :

Un gonflement considérable occupe la moitié inférieure de la cuisse droite et le genou ; la rotule est fortement soulevée par l'épanchement qui remplit l'articulation. Le pied se renverse en debors quand on l'abandonne à lui-même ; ce mouvement, comme tous ceux qu'on imprime au membre, détermine de vives douleurs vers l'extrémité inférieure de la cuisse.

Le membre blessé, placé à côté de l'autre, est évidemment raccourci ; le talon ne va qu'à la base de la malléole interne gauche.

Tous les mouvements actifs sont impossibles : quand on lui soulève la jambe ou qu'on cherche à lui faire exécuter des mouvements de rotation, on produit une crépitation manifeste, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la rotule ; une mobilité latérale anormale existe à ce niveau. Il n'est point possible, à cause du gonflement du membre, de reconnaître la direction de cette fracture, du reste évidente.

La face est déformée par une dépression bien marquée de la pommette du côté droit ; les deux yeux présentent une ecchymose et même un véritable épanchement sanguin sous-conjonctival qui s'étend à la paupière supérieure du côté droit. La vision est intacte.

Sur la partie antérieure du menton existe une petite plaie légèrement contuse, à bords écartés, de 2 centimètres de long, transversale, au fond de laquelle le rebord tranchant du maxillaire inférieur est à nu.

Deux petits lambeaux de 5 à 6 millimètres d'épaisseur et de 1 centimètre et demi de longueur, formés aux dépens du bord libre de la lèvre inférieure, et adhérents par leur extrémité externe, ont été réunis par leur extrémité interne au moyen d'un point de suture. Ils paraissent avoir été produits par la pression des dents.

Qnand on soulève la lèvre supérieure, on constate l'absence des dents incisives et canines, et à leur place un sillon produit par l'écar-

tement du bord alvéolaire. Les dents, agissant comme levier, ont fait écarter les alvéoles. Les fragments mobiles adhèrent par la muqueuse gengivale. On les laisse en place. Quelques-uns ont été enlevés avec les incisives par le chirurgien de marine, et avec les canines par le blessé lui-même.

L'arcade alvéolaire supérieure est élargie, les premières dents molaires tombent en dehors des molaires inférieures. A droite, la première petite molaire supérieure correspond avec la deuxième molaire inférieure. Le doigt introduit dans la bouche constate la raison de ce fait; l'os palatin du côté droit dépasse en arrière celui du côté gauche de 3 à 4 millimètres. Il y a eu évidemment un enfoncement du maxillaire droit. Mais de plus, en faisant ouvrir la bouche, on constate une disjonction des deux os maxillaires. Sur la ligne médiane de la voûte palatine, un peu à droite du raphé muqueux, on observe une fente de 3 à 4 millimètres de large en avant, et de près de 1 centimètre en arrière, faisant communiquer la bouche avec les narines; cette fente s'étend du trou palatin antérieur au bord postérieur de l'os palatin. Elle est due à l'écartement du maxillaire supérieur droit de son congénère.

En effet, en saisissant le maxillaire supérieur droit entre le médius et l'index introduits dans la bouche, et lo pouce appuyant sur la face externe, on constate une mobilité assez grande de cet os, mobilité surtout de haut en bas et d'arrière en avant. Uno crépitation obscure se fait sentir vers la pommette droite. La pression sur l'os malaire droit détermine une légère dépression et de la crépitation. Il paraît manifeste que l'os maxillaire supérieur est détaché des os du nez, mais est resté adhérent à l'os malaire, qui a suivi sa propulsion en arrière, en se fracturant ou plutôt en se luxant dans ses articulations zygomato et orbito-malaire, incomplétement, car il n'y a point de déformation ni de saillie anormale apparente.

Le maxillaire gauche est fixe et adhérent dans toutes ses articulations. Les os du nez sont intacts.

En arrière de l'arcade alvéolaire du maxillaire inférieur, sur la ligne médiane, on observe une déchirure du tissu gengival; cette déchirure correspond à une fracture de l'os entre les deux incisives médianes. Il existe une mobilité des fragments peu étendue, par le fait de la conservation de la muqueuse et du périoste à la partie antérieure. La dent incisive droite chevauche un peu sur la dent incisive gauche; c'est plutôt un léger déplacement suivant l'épaisseur. Il n'y a point de déplacement suivant les bords. Les dents sont au même niveau; elles ne sont nullement ébranlées.

L'écartement des maxillaires est difficile et peu étendu (1 à 2 centimètres).

Le timbre de la voix est fortement nasonné. Il n'existe chez le blessé aucune trace de réaction ; la peau est fraîche ; le pouls seul est un peu fréquent (96 pulsations), ce que l'on peut bien attribuer à l'émotion qu'il éprouve de se voir l'objet d'un examen attentif, et aussi à la crainte de ce qu'on va lui faire.

Quelques tentatives sont faites pour reporter le maxillaire supérieur droit en avant et le rapprocher du maxillaire gauche, mais sans succès.

On cherche à réduire la fracture de cuisse, mais il n'est point possible de rendre au membre sa longueur ; il est maintenu au degré d'extension obtenu à l'aide de l'appareil de Desault.

Des fomentations froides sur la face, des gargarismes émollients et une potion opiacée sont prescrits ; diète.

Le 9 octobre, peau chaude ; pulsations, 100. Le blessé a eu un peu d'agitation hier au soir (l'extension de la cuisse a été pénible) ; il a détaché le lacs contre-extenseur. D'ailleurs, il paraît peu souffrir de ses lésions de la face. Comme tous les Arabes, il est impatient d'être au lit ; il veut se lever.

Le 11, le point de suture qui réunissait les lambeaux de la lèvre inférieure est tombé ; la réunion ne s'est point opérée, à cause sans doute de la contusion des bords de la plaie ; suppuration ; état général excellent. Le malade réclame des aliments ; on lui accordera des potages. L'appareil de la cuisse est rétabli et serré chaque jour.

Le 14, l'arcade alvéolaire supérieure est en suppuration ; on constate un rapprochement considérable des maxillaires supérieurs ; la moitié antérieure de la fente est oblitérée.

Le gonflement de la cuisse a presque complétement disparu. On peut constater la direction de la fracture ; elle se dirige de haut en bas, de dedans en dehors et un peu d'arrière en avant. Il y a un chevauchement considérable que l'indocilité du blessé a empêché de faire disparaître ou au moins de diminuer. On ne constate point le renversement en arrière du fragment inférieur, comme l'a indiqué Boyer.

L'épanchement dans le genou est toujours considérable. Les fragments du maxillaire inférieur, quoique non maintenus, sont en voie de consolidation, c'est-à-dire sont moins mobiles. La plaie gengivale est presque cicatrisée.

Le 20 octobre, l'ouverture de la voûte palatine est complétement oblitérée. Pourtant on constate encore une mobilité marquée du

maxillaire droit. L'élargissement de l'arcade alvéolaire supérieure est le même ; il paraît probable que l'obturation de la fente palatine ne s'est point faite complétement par le rapprochement des os, mais en partie par le tissu cicatriciel de la muqueuse. La voix a repris son timbre normal ; le bord alvéolaire antérieur suppure, mais se régularise. — On donne la soupe de pain au malade.

Le 27, l'appareil de la cuisse est enlevé, et on constate une consolidation assez avancée pour que le blessé soulève sa jambe. L'appareil est rétabli.

A la voûte palatine, on aperçoit une cicatrice de 2 millimètres de large, qui tend à se rétrécir chaque jour.

Les plaies de la face sont cicatrisées régulièrement. — Trois quarts de portion.

Le 8 novembre, l'appareil de Desault est définitivement enlevé. La consolidation est complète, avec un cal volumineux dans lequel on peut constater la direction des fragments telle que nous l'avons indiquée. Il existe un raccourcissement de 3 centimètres.

Le genou est toujours le siége d'un épanchement considérable. La fracture du maxillaire inférieur s'est consolidée sans appareil, et le léger chevauchement indiqué a disparu.

Toute mobilité a disparu du côté du maxillaire supérieur. L'élargissement observé de l'arcade alvéolaire a diminué, et les molaires supérieures dépassent à peine les inférieures du tiers de leur couronne. Mais la propulsion en arrière du maxillaire a persisté.

Le 1er décembre, le petit malade se lève et commence à marcher.

Le 15, il marche sans bâton et demande à sortir. La claudication est peu marquée.

L'épanchement articulaire a disparu; il reste seulement un peu de roideur.

A la voûte palatine, on remarque à peine la cicatrice, qui se confond avec le raphé médian, à droite duquel elle est placée. Elle ne differe, du reste, de la muqueuse de la voûte palatine que par sa pâleur plus grande.

Le bord alvéolaire antérieur est cicatrisé sans perte de substance; toutes les esquilles se sont consolidées; l'arcade est seulement un peu déprimée. Les dents supérieures et inférieures se correspondent presque régulièrement; seulement, à droite, les dents supérieures sont toujours en arrière des dents inférieures correspondantes. La dépression observée du côté de la pommette existe toujours.

— Je n'ai point de remarques importantes à faire sur la fracture de

la cuisse; elle présentait la direction des fractures dites obliques des auteurs; elle s'accompagnait d'un épanchement considérable de l'articulation, comme les fractures à ce niveau. C'était une fracture par cause directe, si on en croit les renseignements donnés par les matelots qui ont apporté ce blessé et le blessé lui-même. M. Malgaigne apprend que ces fractures par cause directe sont les plus fréquentes. La réduction de ces fractures, au dire de Boyer, est difficile. L'indocilité de notre petit malade a rendu pénibles les tentatives de réduction, et impossible le maintien de la réduction qu'on avait obtenue.

Les autres fractures m'ont semblé présenter plus d'intérêt.

Les fractures du maxillaire inférieur sont rares dans l'enfance; avant treize ou quatorze ans, les auteurs n'en citent point d'exemples. (*Compendium de chirurgie.*) Notre malade avait treize ans à peine. C'est une fracture médiane, fracture assez rare pour qu'il soit encore utile de signaler les cas qu'on peut observer. Elle était verticale, comme le sont habituellement les fractures de la symphyse. Il existait à peine un léger déplacement suivant l'épaisseur. L'intégrité de la muqueuse et du périoste en avant devait faire attendre ce résultat.

Peut-être est-il possible, par l'examen des lésions concomitantes, d'établir le mécanisme de cette fracture. L'écrasement de l'arcade alvéolaire supérieure, les plaies de la lèvre inférieure et du menton, établissent clairement où l'effort vulnérant a été appliqué: c'est sur la ligne médiane. La fracture a eu lieu au niveau même du coup, et par un effort qui a agi comme pour redresser les courbures de l'os, c'est-à-dire que la solution de continuité s'est produite de la face interne vers la face externe. La déchirure verticale de la muqueuse et du périoste de la face interne nous semble encore une nouvelle preuve du mode de production de la fracture.

Malgré cette plaie de la muqueuse et la communication, par conséquent, du foyer de la fracture avec l'air, les suites ont été très-simples; la fracture s'est consolidée dans le temps ordinaire sans le secours de l'art. L'absence de déplacement sensible, le peu de mobilité des fragments, grâce à la conservation du périoste, ont engagé M. le médecin-major Prudhomme, alors chef de service, et plus tard M. Bertherand, à abandonner cette fracture aux seuls efforts de la nature. D'ailleurs, une fronde n'eût point été supportée par le malade indocile, et n'eût pu d'ailleurs être appliquée avec le degré de constriction nécessaire, à cause de la plaie du menton. Toutes les gouttières indiquées par les auteurs trouvaient là une indication, mais n'était-il pas à craindre de provoquer par leur application l'inflammation de la mu-

queuse déchirée, et par suite l'ostéite des fragments ? D'ailleurs, l'état de l'arcade alvéolaire supérieure éloignait l'applic[illegible] de tout appareil pouvant être, par sa présence, une cause d'ir[illegible]ans la bouche. On eût pu fixer les dents par la ligature, si, co[illegible] dans un cas de Bertrandi (Malgaigne), elles n'avaient pas été trop serrées pour en permettre l'application.

La lésion que nous avons observée à la mâchoire supérieure tire son intérêt de la rareté des observations de ce genre. Il y avait séparation sur la ligne médiane, sans fracture de la voûte osseuse palatine, avec enfoncement du maxillaire supérieur droit dû à des luxations ou à des fractures multiples dans d'autres os de la face. Cette lésion est assez rare pour que les auteurs du *Compendium* rapportent sur un ton de doute l'observation de M. Simonin (de Nancy), citée par M. Malgaigne, et pour que M. Richet, en présentant un fait du même genre à la Société de chirurgie (séance du 18 février 1857), ait cru pouvoir dire qu'il n'en existe que deux ou trois autres dans la science. Je n'essayerai point d'établir les analogies et les différences qui existent entre ces deux faits de MM. Malgaigne et Richet et celui que nous a présenté notre petit blessé; la lecture des observations suffit pour cela. Dans ces trois cas, la chute avait eu lieu sur la face; mais par quel mécanisme s'était produit l'écartement des os maxillaires ? Rien ne l'indique dans les observations. J'ai essayé de le reproduire sur le cadavre sans pouvoir y réussir.

J'ai regretté de ne point connaître le mécanisme indiqué par M. Cloquet, dans les observations qu'a citées M. le baron Larrey à la Société de chirurgie, à propos de la présentation de M. Richet. Quoi qu'il en soit, la propulsion en arrière du maxillaire supérieur chez notre malade ne nous paraît avoir eu lieu que par suite de la fracture de l'apophyse ptérygoïde. Si on attachait quelque importance à l'étendue plus considérable en arrière de l'écartement des os, on pourrait peut-être admettre pour cette disjonction le mécanisme suivant lequel s'est produite la fracture du maxillaire inférieur.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Simonin et de M. Richet, la guérison s'est opérée vite et par les seuls efforts de la nature.

Dans le cas précédent, la guérison a été, on peut le dire, toute spontanée; dans le suivant, peut-être eût-elle eu lieu de même, sans le secours d'aucun appareil, peut être au moins l'eût-on obtenue à l'aide d'une simple fronde. Mais, outre que le résultat n'eût pas été aussi sûr, il eût été certainement moins parfait, et acheté au prix de l'immobilité si gênante de la mâchoire et du danger de l'inflammation du

foyer. Ce second fait vous a été communiqué par M. Foucher, chirurgien des hôpita[redacted]professeur agrégé à la Faculté. Il s'agit d'une fracture du ma[redacted]férieur entre l'incisive latérale et la canine. Il n'y avait guère [redacted]éger déplacement suivant la hauteur de l'os; mais la dent canine était déjetée en avant et branlante.

M. Foucher appliqua le moule de gutta-percha. Une fronde fut ajoutée, mais le malade s'en débarrassa bientôt avec le consentement intelligent de son chirurgien, et put ainsi recouvrer la mobilité de la mâchoire pour la mastication et la parole. Au bout de trente-quatre jours, la consolidation était si complète et si régulière qu'il ne restait plus aucune trace de la fracture; la dent compromise avait elle-même repris sa direction et sa fixité.

Sans s'exagérer la portée de ce succès, que la simplicité de la lésion rendait facile, M. Foucher a pensé qu'il n'en témoignait pas moins en faveur de l'opportunité d'un appareil, et que surtout il pouvait contribuer à établir la supériorité de celui qui a été mis en usage. Mais sous ce rapport les deux faits qui nous restent à examiner sont bien autrement significatifs. Jusqu'à ce que, après les plus vives perplexités, le chirurgien ait pu disposer d'un moyen convenable, la consolidation de la fracture et peut-être même la vie des malades ont été en danger.

L'un de ces derniers cas vous a été adressé par M. Beaupoil, d'Ingrandes; c'est une fracture compliquée du maxillaire inférieur.

Un maçon est enseveli sous les décombres d'une vieille maison qu'il démolissait. Il s'en retira avec une fracture du péroné, et la tête couverte de blessures. Le sourcil gauche, détaché du tissu osseux, retombe au-devant de l'œil et le cache entièrement; le nez est aplati, ses os brisés, ses parties molles en lambeaux; les joues et les lèvres horriblement déchirées, surtout du côté gauche. C'est aussi de ce côté que le squelette de la face a le plus souffert : toutes les incisives des deux mâchoires sont cassées, ainsi que les canines et les petites molaires gauches. Tout le bord alvéolaire gauche est vacillant, écarté du reste de l'os, surtout en avant, où la bouche communique sur plusieurs points avec la fosse nasale correspondante. Une plaie située à l'angle interne de l'œil, livre passage à l'air.

Des sutures et un pansement intelligent eurent assez facilement raison des lésions des parties molles et de la fracture du nez; mais ni un appareil très-compliqué fait avec des bandes et du diachylon, et destiné à rapprocher les deux mâchoires à la manière de la fronde, ni plus tard un point de suture passé à travers le bourrelet gengival, ne réussirent à maintenir le fragment du maxillaire. Le huitième jour, la

mobilité et le déplacement étaient même plus considérables qu'immédiatement après l'accident. Et cependant la suppuration, très-abondante, devenait infecte. Il était urgent d'aviser. Le chirurgien sortit d'embarras par un moyen que le basard mit sous sa main. Il aplatit et façonna des lames de plomb dont les maçons se servent pour marquer leurs pierres. Il les replia sous le bord fracturé du maxillaire, les releva sous la lèvre supérieure, et leur fournit un point d'appui au dehors sous les circonvolutions du bandage. Au bout d'un mois, la guérison était complète.

Les fragments étaient très-mobiles, mais leur contention ne devait pas exiger une grande force; ils auraient échappé à l'étreinte si faible des lames de plomb. Je ne veux pas par là diminuer le succès de M. B aupoil; il n'y a que plus de mérite à réussir par un mauvais moyen. Si le plomb lui a suffi, quel parti l'ingénieux chirurgien d'Ingrandes ne saura-t-il pas tirer de la gutta-percba?

Mais voici l'art aux prises avec des difficultés plus sérieuses encore. Le déplacement est opiniâtre et s'accompagne d'accidents graves. Tous les moyens employés échouent l'un après l'autre, et le chirurgien était à bout de ressources, quand une dernière lui est apportée par le compte rendu de vos séances.

Un cuirassier reçoit dans le dos une ruade qui l'envoie tomber la face contre un mur. La mâchoire inférieure est fracturée verticalement entre l'incisive droite et la canine. La cassure est simple, sans déplacement, sans plaie, sans contusion extérieures. L'aide-major, M. Corne, qui vous a soumis cette observation, fait la ligature des dents avec un fil ciré, et applique une mentonnière. Deux jours après, ce fil est remplacé par un fil métallique, et la mentonnière par une fronde.

Le soir il y a des frissons et un gonflement douloureux à la région maxillaire.

Le lendemain, le fil métallique se rompt et un déplacement considérable se produit suivant la bauteur et l'épaisseur de l'os.

M. Corne fait alors fabriquer une machine qui se compose :

« 1° D'une gouttière métallique, buccale, de forme parabolique, » destinée à s'appliquer sur les dents voisines de la fracture;

» 2° D'une plaque métallique mentounière, concave et parabolique;

» 3° De deux tiges en fer soudées à la gouttière buccale, contournées » pour loger la lèvre inférieure, et descendant ensuite verticalement » pour être reçues dans deux pitons qui font corps avec la plaque inférieure; deux écrous adaptés à ces tiges au-dessous des pitons per» mettent de rapprocher ou d'éloigner à volonté les deux plaques,

» dont l'action est identique avec celle des doigts pendant la réduction. »

Au bout de deux jours, cette machine se déplace dans une quinte de toux, en luxant deux incisives. Les rapports vicieux des fragments n'ont pas changé, et le phlegmon sous-maxillaire a augmenté. Le lendemain on supprime la machine, et on ouvre l'abcès. Une autre collection purulente, qui s'est formée au niveau de l'os hyoïde, est également ouverte le jour suivant.

Le quatorzième jour de l'accident, la suppuration était tarie, mais le déplacement persistait. Vous pourrez juger de l'embarras du chirurgien par les lignes suivantes, que nous transcrivons :

« Après l'impuissance des moyens consécutivement employés, après » la luxation de deux dents et l'ébranlement des autres, après la com» plication d'un vaste abcès sous-maxillaire, j'étais bien décidé à tem» poriser, lorsque la *Gazette des Hôpitaux* m'apporta l'histoire d'un cas » analogue présenté par M. Morel-Lavallée à la Société de chirurgie, » et guéri avec l'appareil de gutta-percha. Je me mets immédiate» ment à l'œuvre, et je suis assez heureux pour réussir au delà de » mon espoir. »

Pendant l'application et la réfrigération de la gutta-percha, les fragments furent maintenus à l'aide d'un petit levier qui prenait son point d'appui sur l'arcade dentaire supérieure. Le moule fut ensuite assujetti avec l'appareil métallique, qui avait été d'abord employé seul et avec un si fâcheux résultat. Aussitôt le malade mange et parle facilement. En quinze jours, la réunion est presque complétement effectuée et d'une parfaite régularité, et les dents sont consolidées ; ce n'est que par excès de précaution qu'on garde encore quinze jours le malade à l'hôpital, dont il sort sans conserver aucun vestige de sa fracture.

Ainsi voilà une fracture primitivement simple et bientôt très-gravement compliquée, qui résiste à toute une série d'appareils. Peut-être même plusieurs de ces moyens, comme le fil et la gouttière métalliques, devraient-ils être accusés d'avoir contribué au développement des accidents. Et cette fracture si rebelle cède en quelque sorte d'elle-même au moule de gutta-percha.

Cette observation est trop instructive pour que la Société ne désire pas l'entendre dans tous ses détails.

Fracture verticale de la mâchoire inférieure ; abcès phlegmoneux consécutif ; déplacement opiniâtre. Emploi de la gutta-percha le treizième jour. Guérison rapide.

S... est un cuirassier du 10e régiment, d'une bonne constitution, né

dans les montagnes de la Drôme. Le 30 juin, il est surpris derrière le dos par un coup de pied de cheval, qui le renverse la tête au pied d'un mur. Perte de connaissance pendant quelques instants ; hébétude et crachements sanguinolents.

Transporté de suite à l'hôpital, il présente un peu de lenteur et de dépression du pouls, quelques traces de contusions en avant de la poitrine, et rien dans la région dorsale, où le jarret du cheval a plutôt agi que le sabot. Crachements sanguins et vermeils, obtusion des sens, douleur suite d'une contusion violente à l'angle gauche de la mâchoire et sous l'apophyse mastoïde. Il n'existe pas de déformation de la face, et l'examen de l'intérieur de la poitrine ne révèle qu'un peu de râle muqueux.

L'intérieur de la bouche est exploré avec soin, et je reconnais une petite déchirure des gencives, entre les canines droites et les incisives ; je me trouve alors sur la voie d'une fracture dont le trait passe en haut entre les canines et les incisives, et s'étend verticalement en bas. Pas de contusion aux téguments, pas de déplacement ; simple motilité avec crépitation. L'hémorrhagie est fournie par l'artère dentaire et n'offre pas de gravité.

J'attache les dents voisines avec un fort fil ciré, et je place une mentonnière en prescrivant des fomentations froides renouvelées. Le soir, un peu de céphalalgie, le pouls s'est relevé. — Saignée de 400 grammes, fomentations froides.

Le 1er juillet, l'hébétude a un peu diminué, le pouls est bon, pas de déplacement, crachats sanguinolents. Cet état si simple va être de courte durée, grâce à l'inintelligence et à l'indocilité du malade, qui ne supporte ni fomentations ni bandages, et qui est de plus porteur d'un catarrhe bronchique ; il parle, tousse et crache sans la moindre précaution.

Le 2, le fil de lin est remplacé par un fil métallique, et la mentonnière par une fronde ouatée et gommée. — Diète, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 3. Hier soir, le malade a éprouvé un frisson ; même tuméfaction à l'angle gauche de la mâchoire avec douleur aiguë, crachats sanguinolents ; un peu d'œdème de la face et d'empâtement sous-maxillaire. — Lait, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 4, déplacement vertical, rupture du fil métallique, céphalalgie, chaleur fébrile. — Frictions mercurielles et cataplasme émollient sous la mâchoire.

Le 5, insomnie, déplacement vertical antéro-postérieur considérable

Le fragment droit est porté en haut et en dehors par l'action des muscles temporal, masséter et ptérygoïdien ; le fragment gauche est porté en bas par le peaucier, l'omo-hyoïdien et les génio-hyoïdiens. Après réduction, j'applique avec succès l'appareil suivant, et les fragments restent parfaitement en rapport.

Il se compose :

1° D'une gouttière métallique buccale de forme parabolique, qui s'applique sur les dents voisines de la fracture ;

2° D'une plaque métallique mentonnière, concave et parabolique ;

3° De deux tiges en fer soudées à la gouttière buccale, contournées pour loger la lèvre inférieure, et descendant ensuite verticalement pour être reçues dans deux pitons qui font corps avec la plaque inférieure. Deux écrous à vis, adaptés à ces tiges au-dessous des pitons, permettent de rapprocher ou d'éloigner à volonté les deux plaques, dont l'action est identique à celle des doigts de l'opérateur pendant la réduction.

Le 6, crachats sanieux, gêne pour parler et pour boire ; douleur et tuméfaction sous-maxillaire. La tuméfaction et la douleur de l'angle gauche de la mâchoire ont disparu, l'œdème de la face persiste. — Lait, infusion pectorale, potion opiacée, lavement laxatif.

Le 7, en toussant avec fracas, le malade a déplacé l'appareil dans la nuit, et deux incisives sont luxées. Céphalalgie, crachats sanieux ; le gonflement sous-maxillaire a augmenté, et le déplacement est considérable. — Diète, infusion pectorale, cataplasmes et onctions mercurielles, potion opiacée.

Le 8, ponctions au niveau de la glande sous-maxillaire et écoulement d'environ 48 grammes de pus louable. — Même pansement, suppression d'appareil.

Le 9, fluctuation entre l'os hyoïde et le menton ; évacuation d'environ 30 grammes de pus par une seconde ponction ; crachats sanieux et purulents ; même déplacement. — Pansement simple.

Le 10, physionomie bonne ; l'œdème de la face a disparu ; le phlegmon sous-maxillaire s'affaisse et ne fournit que peu de pus. — On alimente le malade avec du lait, du bouillon et des panades.

Le 11, état général satisfaisant ; la suppuration est tarie, mais le déplacement reste le même. — Pansement simple ; lait et panade ; infusion pectorale ; potion opiacée.

Le 12, sommeil bon ; pouls normal, et appétit.

Devant l'impuissance des moyens constitutifs employés, après la luxation de deux dents, conservées en place, et le peu de solidité des

autres ; après la complication d'un vaste abcès sous-maxillaire, j'étais bien décidé à temporiser jusqu'à une amélioration plus complète, me réservant d'agir assez à temps sur le cal provisoire pour obtenir l'affrontement des fragments.

Le 13, pendant ce temps la *Gazette des Hôpitaux* du 10 juillet, rendant compte d'une séance de la Société de chirurgie, publiait un cas analogue de fracture de la mâchoire inférieure, que M. Morel-Lavallée avait contenue et guérie en employant la gutta-percha. Je me mets à l'œuvre et je suis assez heureux pour réussir au delà de mon espoir.

Je ne reviendrai pas sur le déplacement qui a eu lieu suivant la hauteur verticalement, et suivant l'épaisseur d'avant en arrière. La réduction est possible ; elle s'exécute très-facilement.

Le fragment gauche est immobilisé par l'interposition d'un morceau de liége entre les grosses molaires de ce côté. Un bâtonnet, long de 30 centimètres, épais de 3, est introduit, en écartant la commissure labiale droite, entre les grosses molaires de ce côté. Avec ce levier, dont le point d'appui est à l'extrémité qui porte sur les molaires supérieures, et la puissance à l'autre bout, dans la main de l'opérateur, on obtient, par un simple mouvement d'abaissement de la main et de rotation en dedans, le rapprochement de la résistance, à savoir, le fragment droit, qui vient au-devant du fragment du côté gauche.

Un aide répète le mouvement et est chargé de la coaptation. J'applique alors sur l'arcade dentaire, au siége de la fracture, une bandelette de gutta-percha, de forme parabolique, longue de 5 centimètres, épaisse de 12 millimètres. Préalablement ramollie dans l'eau chaude, il m'est facile de la mouler sur les dents avec les doigts, tandis que les pouces font opposition sous le bord inférieur de la mâchoire. Des injections d'eau froide consolident suffisamment ce moule pour qu'il me soit facile de le retirer sans déformation. Six dents s'y trouvent nettement incrustées, dans un rapport parfait avec l'arcade alvéolaire.

Je taille et je façonne ce petit appareil avant de le remettre en place ; alors je l'assujettis avec mon premier appareil métallique. Rien de plus harmonieux : exactitude de la contention, solidité, liberté des fonctions, tout y est réuni. La figure a repris ses traits et sa physionomie normale : le malade mange le même jour du pain et des aliments féculents.

Le 14, bon sommeil ; je m'assure que tout est en place. Par précaution, j'applique en mentonnière une bande que je croise sur le front, et

dont les tours sont gommés avec soin. — Demi-portion de pain et de légumes, vin pour boisson.

Le 15, le bandage est solidifié avec la gomme. L'appareil en gutta-percha est resté en place, le malade mange et parle librement.

Du 16 au 31, la physionomie du malade et son état général restent satisfaisants, et il s'alimente facilement; deux ou trois fois seulement il s'est plaint pendant la nuit de quelques douleurs au siége de la fracture. L'empâtement sous-maxillaire diminue chaque jour ; on a soin de resserrer un peu les écrous.

Le 1er août, levée de l'appareil ; le moule en gutta-percha est intact, sans odeur ni déformation. Les dents sont de niveau ; pas de déplacement suivant l'épaisseur ; légère tumeur verticale sur le siége de la fracture, formée par le cal provisoire. Les dents luxées ont repris leurs rapports et leur solidité : par l'action opposée des doigts sur les fragments, on constate un peu de mobilité par suite de la mollesse du cal. L'appareil est nettoyé et replacé.

Le 10 août, après une période de dix jours passés sans gêne ni souffrance, l'appareil est de nouveau enlevé. Le cal a pris de la solidité, et la tumeur qu'il formait en avant est aplatie ; l'affrontement des fragments est parfait. On substitue à l'appareil une mentonnière gommée que le malade conserve par prudence jusqu'au 17 août, jour de sa sortie de l'hôpital.

Les réflexions se pressent en foule devant ce cas ; énumérons les principales:

L'absence de lésion sur le siége de la fracture, la violente contusion qui a agi à l'angle gauche de la mâchoire inférieure, portent naturellement à croire que cette fracture a eu lieu par contre-coup, sans doute par excès de courbure imprimée à l'os.

L'état, simple au début, est bientôt suivi de complications redoutables : déplacement opiniâtre, abcès phlegmoneux sous-maxillaire dans lequel baignent les fragments, gêne de la déglutition et de la parole ; tous accidents qui s'expliquent par l'indocilité du malade, par la direction verticale de la fracture, par les tiraillements opposés que des muscles vigoureux impriment aux fragments, enfin par une incessante mobilité de ceux-ci qui relève du besoin de respirer, de boire et de cracher.

Rien de surprenant de voir échouer la patience et les soins du chirurgien ; aussi je me félicite, après avoir traversé de telles complications, à l'instant sans doute où d'autres se préparaient, d'en avoir triomphé, et je cède volontiers au désir d'exposer le procédé qui m'a

réussi, afin d'éviter à quelque confrère les angoisses que j'ai subies.

Rien de plus simple que la réduction et la coaptation en se servant d'un bâtonnet pour levier tandis qu'on prend l'empreinte en gutta-percha : le moule dentaire s'obtient sans effort, et avec une exactitude que mesure la coaptation.

La construction des plaques et de l'appareil métallique qui doit compléter le pansement, lui donner fixité et solidité, offre bien d'autres difficultés. On peut en juger par les moyens qui sont restés dans les livres, appareils de Rudenich, de Bush, de Housetot, etc., tous bien imparfaits et dont l'efficacité est bien conjecturale.

Celui que j'ai employé réclame sans doute un ouvrier intelligent, mais il est aussi simple de conception que précis et commode dans son application.

Après vingt-huit jours de son application, la solidité du cal permettait de le supprimer, et l'harmonie des fragments ne laissait rien à désirer : les deux incisives luxées avaient repris leur place et leur solidité englobées dans le cal.

Aucun phénomène nerveux ne s'est manifesté ni directement dans le filet dentaire du trijumeau, ni sympathiquement dans ses branches principales ; aussi sensibilité générale de la face et spéciale des sens, tout est resté à l'état normal.

— Le mémoire sur l'appareil en gutta-percha étant entre les mains d'une commission académique, ce nouveau moyen de traitement n'a pu recevoir encore une publicité suffisante. De là, pour les chirurgiens qui veulent bien l'employer, quelques tâtonnements, et même parfois l'omission des règles fondamentales de son application. Si la Société veut bien me le permettre, je vais rappeler brièvement ces règles.

1° La réduction faite, elle doit être *maintenue momentanément*, en quelque sorte prolongée pendant les dix minutes qu'exige la solidification de l'appareil.

Il fallait trouver, pour cette contention momentanée, un artifice qui laissât libre et à découvert l'extrémité des fragments qui allaient recevoir la gutta-percha. Les doigts ne peuvent agir sur les fragments qu'en y prenant la place du moule, et ils en rendraient la pose impossible. Force est donc de renoncer à ces pinces intelligentes, que trop souvent ailleurs rien ne peut suppléer. Ici — cela ressemble presque à un paradoxe — il y a au moins deux moyens plus commodes et plus sûrs que les doigts. Le déplacement le plus opiniâtre, le plus important, est celui qui se fait d'avant en arrière, selon l'épaisseur.

Pour m'en rendre maître, j'ai d'abord jeté une anse de fil très-fort autour de la dent ou des dents implantées dans l'extrémité du fragment, qui, après la réduction, conserve de la tendance à se reporter en arrière. Les deux bouts de l'anse, ramenés au dehors, sont réunis et enroulés sur le milieu d'un bâtonnet. Ce bâtonnet est confié à un aide chargé, par des tractions autant que possible uniformes, de retenir et d'immobiliser le fragment. Ce fragment se porte-t-il en même temps en haut, les tractions exercées sur l'anse de fil, au lieu d'être horizontales, seront obliques en bas, etc.

C'est un moyen qui non-seulement assure la coaptation, mais qui sert encore quelquefois à compléter la réduction, quand les doigts seuls y échoueraient.

Malgré la difficulté d'obtenir, même pour un temps très-court, une traction uniforme, ce procédé réussit ; mais le suivant est bien préférable. Il consiste en une anse de fil de fer recuit jetée autour des mêmes dents, et dont on réunit en avant les extrémités en les tordant ensemble avec une pince. Les fragments sont ainsi serrés l'un contre l'autre, et maintenus avec une parfaite exactitude. Quelquefois, afin d'avoir une coaptation et une contention régulières, j'ai dû passer le fil entre plusieurs dents successives, comme dans une sorte de treillage, — pour toujours en réunir par torsion les extrémités en avant.

2° Maintenant on procède tout à son aise à la *confection* et à la *pose du moule*. Une tranche de gutta-percha, d'environ 5 centimètres de long et de 2 centimètres de côté, est jetée dans de l'eau à 80°. Elle est bientôt amenée à la consistance du mastic de vitrier ; par une compression rapide, on donne la forme d'un cône à ses deux extrémités, afin qu'elles puissent s'engager plus facilement entre les arcades dentaires. On arque légèrement la tranche, et on la pose sur l'os fracturé. Tandis qu'avec les deux pouces on soutient le menton, avec les autres doigts, les deux index surtout, on presse de haut en bas sur la tranche — également, régulièrement, — jusqu'à ce qu'ils sentent la couronne des dents et n'en soient plus séparés que par une couche mince. On rapproche les deux mâchoires, et l'on fait sur le moule des injections d'eau frappée, ou bien, si le blessé est intelligent, il aspire l'eau à l'aide d'un tube et en dirige le courant sur l'appareil. Dans les deux cas, quelques morceaux de glace introduits dans la bouche hâtent la réfrigération.

En quelques minutes, la gutta-percha a repris toute sa solidité. Alors le moule est enlevé, l'anse de fil coupée et retirée. On façonne le moule avec un couteau, en ne lui laissant que le volume nécessaire à sa résistance.

Enfin, la fracture est de nouveau réduite avec les doigts, ou, s'il le faut, à l'aide de l'anse de fil de chanvre dont les bouts sont enroulés sur un bâtonnet, et on replace le moule, — toujours avec facilité. On appuie dessus avec une certaine force; les dents s'engagent et sont serrées dans ses alvéoles. Il tient ainsi, en général, et maintient la fracture de manière à permettre la parole et la mastication sans se déranger, et cela souvent dès le premier jour.

3° Lorsque le déplacement *en haut* est opiniâtre, il se peut, mais c'est extrêmement rare, qu'on ait besoin d'ajouter un ressort au moule. Ce ressort consiste en une mince lame d'acier, dont l'extrémité buccale s'adapte à la face supérieure du moule, où il s'implante par de petites pointes très-courtes, se recourbe sur la lèvre correspondante, et va, par une pelote concave et rembourrée, s'appuyer sous le menton pour la fracture de la mâchoire inférieure, à l'occiput pour celle de la mâchoire supérieure.

Depuis longtemps, dans les cas les plus difficiles, le moule a pu se passer de cet auxiliaire. Du reste, s'il ôte à l'appareil un peu de sa simplicité, il ne gêne ni la parole ni la mastication.

Peut-être se rencontrera-t-il des cas où, bien qu'indiqué, ce ressort serait inapplicable : par exemple des fractures du maxillaire inférieur compliquées d'une lésion très douloureuse des parties molles du menton, contusion, plaie, inflammation; il est évident qu'alors la pelote sous-mentale ne saurait être même posée.

Pour ces cas, s'il s'en présente, je tiens en réserve un autre moyen. Si je ne me trompe, la ligature des dents n'est dangereuse que parce qu'elle porte non pas sur les dents, mais sur les gencives et sur l'os. Il faut donc l'empêcher de glisser sur le collet de la dent. Coiffer la couronne de la dent ou des dents qui de chaque côté confinent à la fracture avec un capuchon métallique assez mince pour s'engager dans les interstices dentaires, et auquel serait attaché en avant un fil métallique recuit; la réduction faite, tordre ensemble les fils des deux capuchons, qui serreraient ainsi les fragments l'un contre l'autre et les maintiendraient : tel est le procédé que j'essayerais.

Le fil pourrait être remplacé par deux ressorts à boudin, l'un en avant, l'autre en arrière. Deux fils métalliques placés de même et munis de petites vis de rappel seraient sans doute encore préférables; c'est ce que l'expérience seule peut décider. Il y aurait encore une certaine ligature en clissage, faite de façon à empêcher le fil de toucher la gencive ; j'y reviendrai plus tard.

Je ne sais si je dois avoir l'occasion d'employer ces appareils, le moule seul comptant autant de succès que d'applications.

En résumé :

1° Au point de vue de la question thérapeutique, il me paraît établi par les faits mêmes qui viennent de vous être soumis que les fractures les plus simples, comme les plus graves, des maxillaires, réclament également l'appareil de gutta-percha ;

2° En ce qui concerne le mérite des travaux qui font l'objet de ce rapport, vous avez pu vous convaincre que tous sont dignes d'éloges.

En conséquence, nous vous proposons :

1° D'adresser aux auteurs les remercîments de la Société (adopté) ;

2° De publier leurs observations dans votre *Bulletin*; celles de MM. Lhonneur et Corne en entier, celles de MM. Foucher et Beaupoil en extrait. (Adopté).

La Société décide ensuite que le rapport de M. Morel Lavallée sera inséré dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Fistule de la parotide. — M. CHASSAIGNAC montre un malade affecté d'une fistule de la parotide, s'ouvrant à gauche, près de l'angle de la mâchoire inférieure.

M. Chassaignac se propose de traiter cette fistule par l'autoplastie.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection de douze membres correspondants étrangers.

Nombre de votants, 22.

Sont nommés :

MM. Vanzetti, Ciniselli, Regnoli. — 22 voix.

MM. Blasius, Fabbri, Friedberg, Larghi, Soupart. — 21 voix.

M. Thompson. — 20 voix.

M. Back. — 19 voix.

M. Crédé. — 18 voix.

M. Ried. — 14 voix.

Les candidats qui ont réuni le plus de suffrages après cette liste, sont MM. Jones, 13 voix, et Cornaz, 5 voix.

COMITÉ SECRET. — RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Duval. La commission était composée de MM. Bouvier, Depaul et Follin, rapporteur.

M. FOLLIN communique le résultat de l'examen de neuf thèses envoyées pour ce concours.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

Votre commission, Messieurs, propose de décerner à M. Auguste Millard, pour sa thèse intitulée *De la trachéotomie dans les cas de croup*, la récompense que nous devons à la munificence d'une famille chère à plus d'un titre à la Société. Elle vous propose en outre d'accorder une mention honorable à M. Voisin, pour sa thèse sur l'*hématocèle rétro-utérine ;*

Et à M. Binet, pour sa thèse intitulée *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficielles.*

Après quelques observations de M. Chassaignac, la Société adopte les conclusions de la commission.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance annuelle du 13 juillet 1859.

M. LE PRÉSIDENT proclame les noms des nouveaux membres associés nationaux et étrangers élus dans les dernières séances, ainsi que le résultat du rapport de la commission pour le prix Duval.

M. BROCA lit ensuite l'*Eloge de Bonnet (de Lyon)*.

M. GUÉRIN lit l'*Eloge de Vidal (de Cassis)*.

M. VERNEUIL lit un travail intitulé *Des petits prophètes de la chirurgie.*

Le secrétaire, LABORIE.

FIN DU TOME NEUVIÈME.

